

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

1559

THÈSE

POUR

652

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Juillet 1900, à une heure

Par M. MOREAU (CLÉMENT-EDMOND)

NÉ LE 20 AVRIL 1875, A SAINT-SERVAN (ILLE-ET-VILAINE)

SUR UN CAS RÉCENT

DE

DISJONCTION TRAUMATIQUE
DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. BERGER.

Juges : { MM. SCHWARTZ,
THIÉRY,
FAURE, } agrégés

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Juillet 1900, à une heure

Par M. MOREAU (CLÉMENT-EDMOND)

NÉ LE 20 AVRIL 1875, A SAINT-SERVAN (ILLE-ET-VILAINE)

SUR UN CAS RÉCENT

DE

DISJONCTION TRAUMATIQUE
DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. BERGER.

Juges :

MM. SCHWARTZ,
THIÉRY,
FAURE,

agregés



LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	X...
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	{ POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-	JACCOUD.
céphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....	GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	RAYMOND.
Clinique d'accouchements.....	{ BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

—

A MA MÈRE ET A MA FIANCÉE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUERMONPREZ

De la Faculté libre de Lille

Commandeur de l'Ordre de Pie IX

Membre Correspondant de la Société de Chirurgie de Paris

A MES AUTRES MAÎTRES DE LILLE
ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président de la Société de Chirurgie de Paris

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Tout récemment, un ouvrier, travaillant à la gare de Lille, faisait, sur le sol dallé de la salle des pas-perdus une chute de huit mètres de hauteur. Il était tombé sur les pieds, et nous fûmes très surpris de constater, d'affirmer après plusieurs examens une disjonction pubienne. Pensant qu'il serait intéressant de relater ce cas curieux, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

La luxation de cette amphiarthrose est, en effet, très rare et le nombre restreint d'observations que l'on en trouve dans la science, en font presque une curiosité pathologique.

Nous avons divisé notre travail en huit chapitres.

Dans le premier se trouve l'historique de la disjonction ; dans le second, est relatée *in extenso* notre observation. Le chapitre III résume l'anatomie, la physiologie et les relations de l'articulation interpubienne avec la symphyse sacro-iliaque ; puis successivement le chapitre IV indique les notions d'étiologie et de mécanisme ; le chapitre V celles d'anatomie pathologique ; dans le VII^e nous exposons le pronostic et le VIII^e est consacré au traitement.

Avant de commencer ce modeste ouvrage, notre premier merci sera pour M. le professeur Guermonprez, qui a bien voulu nous guider dans l'étude de ce cas difficile. Pendant notre internat à la maison de secours des blessés de l'industrie à Lille, il ne nous a pas ménagé ses conseils élevés. Nous le prions d'agréer, avec notre meilleur souvenir, l'assurance de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement. Merci aussi à tous nos maîtres, tant à la Faculté libre de Lille que dans les Hôpitaux de Paris.

Je regrette de ne pouvoir avoir un mot particulier pour beaucoup de condisciples, qui furent pour moi plutôt des amis que des camarades ; mais, avant

d'entrer dans la carrière, c'est bien cordialement que je leur serre la main.

M. le professeur Berger a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les luxations des grandes symphyses du bassin, par cause extérieure, sont restées méconnues jusqu'au XVIII^e siècle, c'est J. F. Malgaigne qui l'observe. (*Traité des fractures et des luxations*; Paris, 1855, II, 774). Les auteurs modernes ne s'en préoccupent guère; ils les citent à peine, lorsqu'ils ne les abandonnent pas à un dédaigneux silence.

Cameron a publié, en 1747, un cas de luxation des pubis, sans soupçonner qu'il pût y avoir d'autre dégât du côté des symphyses sacro-iliaques. (*Philosophical transactions*; 1747, n^o 484).

En 1768, Philippe, de Chartres, adressa à l'*Académie royale de Chirurgie de Paris*, l'observation d'un cas de luxation sacro-iliaque. Il a oublié de relater quel était l'état de la symphyse pubienne. Pour cette fois, l'exactitude de Malgaigne n'est pas suffisante. Il donne l'indication bibliographique de l'*Académie de chirurgie*, t. III, 1768; *Histoire* p. 91. La page 91 est bien exacte; mais nous avons trouvé

le document dans le tome IV des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, Paris, MDCCLXXXIV, dès le début du volume, sous le titre général : *Histoire de l'Académie royale de chirurgie*, depuis son établissement jusqu'à 1743, dans le corps d'un travail étendu, où « la question de l'écartement des os du bassin fournit un sujet, qui servira à faire voir comment les opinions et les faits doivent être rapprochés pour l'intérêt de la vérité et le progrès de l'art. » (p. 62). C'est un simple résumé d'un mémoire sur la luxation de la symphyse sacro-iliaque. Malgaigne a raison dans sa critique. Philippe, maître-ès-arts et en chirurgie, à Chartres, a négligé de décrire dans quel état se trouvait la symphyse pubienne. Pour ramener le fait à sa valeur sincère, il faut mettre en question la nature traumatique de la luxation elle-même. En effet, l'accident date du 11 octobre 1763, à 4 heures après-midi ; il s'agissait de la chute d'un sac de blé sur le dos d'un portefaix, âgé de 21 ans, tandis que celui-ci se trouvait dans l'attitude du déchargement sur une charrette. « Ce choc ne l'empêcha pas de se faire charger successivement de trois autres sacs de pareil poids (de trois cents cinquante livres), et de les porter à la charrette. Il se sentit ce jour-là d'un léger engourdissement dans le lieu frappé ; et le lendemain il vaqua à ses travaux ordinaires, la douleur étant entièrement dissipée. » Un pareil travail de portefaix est absolument incompatible avec une luxation traumatique du bassin, soit de la veille, soit du jour même.

Le traumatisme direct du 11 octobre 1763 n'a pu déterminer que de la contusion, ou de l'entorse de la région, mais pas de luxation véritable. — En effet, « le surlendemain, 13 du même mois, il (le blessé) souffrit légèrement. La douleur ayant augmenté la nuit du 14, il remplit avec un peu de peine ses occupations. Le 15 au matin, la douleur le força d'appeler le chirurgien du village..... Le malade perdit peu à peu le mouvement des extrémités inférieures et la faculté de retenir ses excréments et ses urines. M. Philippe fut appelé le 25 ; il examina avec toute l'attention dont il est capable la colonne de l'épine, croyant trouver dans le déplacement de quelque vertèbre la cause de tous les accidents ; il n'aperçut pas le plus léger défaut de conformation : il n'y avait nulle rougeur, ni le moindre gonflement extérieur.... Le malade avait continué pendant trois jours entiers ses travaux accoutumés ; la compression de la moëlle épinière, par déplacement ou fracture d'une vertèbre, aurait produit des accidents plus prompts et immédiats. L'abolition du sentiment et du mouvement n'avait été complète qu'au bout de huit jours ; une forte commotion n'aurait pas donné ce délai. D'après ces idées, M. Philippe crut qu'il s'était fait peu à peu un épanchement de matière lymphatique par la rupture de quelques vaisseaux et que les nerfs en souffraient consécutivement. Le malade alla de mal en pis et mourut le 30 octobre. » (pp. 91 et 92). On a donc eu raison d'écarter l'hypothèse d'un traumatisme rachidien ; mais ce n'était pas un motif

suffisant pour faire admettre l'origine traumatique des altérations du bassin.

En effet, l'autopsie a démontré l'existence d'une arthrite suppurée sacro-coxale du côté droit avec péritonite, également suppurée, du petit bassin. Qu'il en soit résulté une luxation secondaire, la question n'est même pas discutée. Il semble surtout injustifié de prêter l'opinion contraire, soit à Philippe, soit à Louis, l'historien de l'Académie, dont le texte est précis (pp. 93, 94) : « Il y avait manifestement inflammation et engorgement dans le tissu osseux.....; l'inflammation qui survient, l'effusion des sucs par les petits vaisseaux dilacérés sont les causes *consécutives* des accidents *tardifs*, qui naissent les uns des autres. »

Plus loin, l'historien dit bien que « l'observation de Philippe confirme la possibilité de la luxation sacro-iliaque; » mais il ne précise pas qu'il ait jamais songé à une luxation primitive, à une luxation d'emblée. Il est trop manifeste qu'il s'agit d'une luxation dite pathologique, par opposition au vrai type de luxation traumatique. Les caractères sont nets pour indiquer l'évolution secondaire survenue consécutivement et à une époque tardive (1).

(1) Murville n'a pas assez tenu compte de cette circonstance, lorsqu'il y a vu une obscurité de diagnostic (p. 316). « Les symptômes de la luxation du pubis sont, dit-il, quelquefois si peu prononcés, ainsi qu'on l'a vu dans le cas rapporté par Philippe, que le blessé peut continuer à marcher pendant plusieurs jours; et que, par cela même, ils éloignent le chirurgien d'un examen attentif des saillies osseuses du bassin, dont les changements de rapports lui fourniraient les éléments d'un diagnostic exact. »

Il est donc probable que Malgaigne se sera laissé induire en erreur par quelque intermédiaire pour ranger l'observation de Philippe parmi les cas de luxations traumatiques. La question de principe ne paraît pas l'avoir intéressé ; il n'indique même pas les 36 pages écrites par l'historien de l'*Académie royale de Chirurgie* (p. 63), pour « faire voir que ces questions ont été négligées jusqu'ici, au grand préjudice de l'art et de ceux à qui il aurait pu être utile. » Il se borne à présenter une considération sur les conditions harmoniques de la ceinture pelvienne : « La connexion naturelle des trois grands os du bassin est telle, d'après lui (II, 774), qu'il semble à peine possible qu'une violence extérieure disjoigne une des symphyses sans agir sur l'une des deux autres, à moins de quelque fracture de l'anneau pelvien ; et il importe que les observateurs en soient prévenus. Mais, cette réserve faite, comme dans les cas les plus simples, il y a une symphyse qui a plus souffert que les autres, » Malgaigne décrit à part chacun des types de luxations du bassin. Il reporte à la fin l'étude « des ruptures des symphyses dans l'accouchement, lésion traumatique de sa nature, mais qui, à raison de sa cause toute spéciale, demande à être étudiée à part. » (p. 775).

De luxations traumatiques de la symphyse pubienne, Malgaigne n'a réuni que quatre observations : — Tenon, *mémoires de l'Institut*, t. iv, p. 159 ; — Cameron, *Philosophical transactions*, 1747, n° 484 ; — Martin, *Journal de Médecine*, 1765,

t. xxiii, p. 83; — Murville, *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, t. xiv, p. 285.

Fr. H. Hamilton, (*Traité pratique des fractures et des luxations*, trad. de la 6^e édition par G. Poinso; Paris, 1884), n'attache pas d'importance à ces lésions, qui ne sont même pas rangées parmi les luxations. Il se borne à les classer dans son chapitre des fractures du pubis, (p. 422). — Il ajoute à la littérature chirurgicale trois observations : — Hall, *Provincial medical and surgical journal*, 1 may 1844; *American journal of medical science*. vol. xxxiv, p. 248. — Sir Astley Cooper, *fractures and dislocations*, p. 144 de l'édition américaine et Lante, *New-York journal méd.* 2^e ser. vol. iv p. 286. — Fr. H. Hamilton, ne paraît pas avoir observé personnellement cette forme rare de traumatisme du bassin ; il se borne à écrire « qu'il est beaucoup plus commun de voir le pubis se fracturer au niveau de ses branches horizontale ou ascendante ». (p. 423).

Notre observation serait donc la huitième, s'il était permis de renoncer à en découvrir d'autres en dehors des principaux documents modernes. Quoiqu'il en soit de cette réserve, nous n'avons trouvé aucune autre indication dans les traités de chirurgie les plus récents, ni dans les ouvrages actuellement classiques.

Il nous est d'autant plus précieux de reproduire *in extenso* l'observation « sur une séparation totale des os pubis entr'eux, par Martin, principal chirurgien

gien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. » (*Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, dédié à S. A. S. Mgr le comte de Clermont, prince du sang, par A. Roux, juillet 1765, XXIII, 83.)

« On a longtemps disputé si la symphise des os pubis pouvoit se relâcher dans les accouchements laborieux. Tout le monde convient aujourd'hui de cette vérité, ainsi que du relâchement des os des îles avec l'os sacrum ; et, si mon témoignage pouvoit être de quelque poids, je puis assurer avoir vu l'un et l'autre, en disséquant un bassin d'une femme morte à la suite d'un long travail ; mais personne, si je ne me trompe, n'a parlé de cette séparation à la suite d'une chute. C'est, sans doute, parce qu'on l'a regardée comme impossible, de ce que les exemples ont manqué. En voici cependant un :

« Elie Tartas, âgé de 45 ans, manoeuvre de son métier, du faubourg Saint-Surin, de cette ville, tomba de quarante pieds de hauteur, sur le derrière, de façon que, dans la chute, la partie postérieure de la crête de l'os iléum gauche porta davantage que les autres parties, ainsi que l'avant-bras gauche ; car le cubitus se trouva fracturé dans sa partie moyenne et dans la supérieure, avec la luxation du radius, dans son articulation avec l'humérus. Ce malheureux, porté, dans cet état, à l'hôpital, le 20 septembre (1764), mon premier soin fut d'ordonner, sur le champ, une potion cordiale et vulnérable, pour relever ses forces, qui étaient tellement abattues, que, demi-heure après, il expira.

» Une mort aussi prompte ne devoit, selon le jugement que j'en portois, pouvoir être attribuée à la fracture de l'avant-bras, quoique bien compliquée. J'en cherchai donc ailleurs la cause et je crus que la tête me la montreroit mieux qu'aucune autre partie du corps. Pour cet effet, j'examinai, avec beaucoup d'attention, les tégumens communs ; ils ne me parurent pas avoir la moindre marque de contusion, ni le crâne aucune espèce de fracture. Les vaisseaux des membranes du cerveau, et les sinus étaient bien un peu engorgés, ainsi que ce viscère même, et sa substance assez solide, mais remplissant exactement la boîte osseuse, sans y avoir aucun épanchement. Je crus que cet état dépendoit plutôt d'une suite nécessaire de la mort prompte et forcée d'un homme robuste qui jouissait d'une parfaite santé, que de juger que c'étoit là la cause de sa mort ; et je fis l'aveu que je l'ignorois complètement.

» Le sujet me paroissoit bon à faire une expérience pour la taille. J'introduisis dans la vessie mon cathéter ; mais en voulant porter sa courbure contre l'arcade, elle s'engagea dans un vuide, que je ne connoissois pas, et qui me parut extraordinaire. J'ouvris les tégumens au bas de l'hypogastre, pour découvrir la vessie dans sa partie supérieure ; je passai mes doigts entre son corps et la symphise ; et alors je reconnus que cette union cartilagineuse laissait un espace à pouvoir y passer le pouce, qui s'étendait dans toute la longueur des branches des os pubis. — Ce fait me parut si rare, que je séparerai

ces os d'avec l'os ischion. Plusieurs personnes ont vu cette désunion bien distincte, sans qu'il y eût nulle fracture ; et la surprise, qu'ils en ont eue, m'est un garant assuré, que, si ce cas est arrivé autrefois, il n'est pas du moins bien commun, et que, par conséquent, cette observation peut être de quelque utilité.

» Il y a apparence, ajoute Martin, de Bordeaux, que la violence de la chute, qui a causé cette espèce de luxation, a produit aussi un ébranlement si considérable dans le genre nerveux, qu'il a empêché la séparation du fluide vital et a fait périr l'homme presque subitement. — Mais la mort suivra-t-elle toujours la séparation de ces os, lorsqu'une chute sera capable de les désunir ? Quels sont les signes qui nous la feront connaître, lorsqu'elle arrivera ? Et enfin, s'il y a du secours à donner, quels sont ceux que l'on doit employer ? Ce sont trois points, que je ne me chargerai point de résoudre ; je les laisse aux sçavans, si cela mérite leur attention pour les progrès de notre art. » (page 86).

A notre tour, nous fournissons aux savants un document clinique. Que d'autres fassent de même ; et il deviendra possible d'élucider sur des bases solides les trois doutes formulés par Martin, de Bordeaux, en 1765.

On peut encore répéter la première conclusion du *Mémoire* de Murville (*Acad. Méd.*, Paris, XIV, 314) : « les luxations traumatiques des os du bassin, qui étaient restées ignorées jusque vers la fin du siècle

dernier, et qui plus tard ont été admises, mais comme excessivement rares, par les auteurs modernes, sont peut-être moins rares qu'on ne l'avait pensé jusqu'à ces dernières années ».

CHAPITRE II

OBSERVATION

Le 30 avril 1900, le peintre Jules D..., 31 ans, travaillait dans la salle des Pas-Perdus de la gare de Lille ; il était placé debout sur des planches à une hauteur de huit mètres environ. L'une de ces planches venant à manquer, il tombe en deux temps, heurtant d'abord un échelon de l'échelle double qui soutenait l'échafaudage, à quatre mètres de hauteur ; puis enfin il s'affaisse sur le sol dallé.

Un médecin qui se trouvait à proximité, examine sommairement le blessé et pense que la blessure est sans importance. Néanmoins, le blessé est transporté dans une voiture d'ambulance à Phalempin, sa résidence habituelle, située à quinze kilomètres de Lille. M. le docteur Éloy, appelé au domicile du peintre, constate une fracture du cou de pied et un grave traumatisme du bassin. Jugeant l'état du blessé très grave, le docteur Éloy demande en consultation M. le professeur Guermontprez et tous deux se rencontrent au lit de Jules D..., le 3 mai à huit heures du matin.

Le cathétérisme, pratiqué deux fois chaque jour, est, pour la première fois, devenu inutile. De cette amélioration, il résulte un état d'esprit plus calme du malade, mais il y a une urétrite suppurée assez importante et traumatique.

Il explique alors très clairement le mécanisme de son accident déjà relaté. Il précise exactement qu'il est tombé debout et exprime une sensation très vive de déchirement intense dans toute la racine de son membre inférieur gauche. Il en parle avec insistance, mais ne peut préciser le siège exact de la douleur maxima. Il indique tantôt la partie interne de la région inguinale gauche, et tantôt il se préoccupe de la portion la plus postérieure de la même région. Il n'y peut porter la main, cette manœuvre nécessitant des mouvements du tronc, qui sont très douloureux.

Dès la première inspection du blessé, on constate un raccourcissement du membre inférieur gauche, deux centimètres environ. On constate également une attitude vicieuse, flexion et adduction peu accusées.

La configuration anormale de la région pubienne s'impose à l'attention. On remarque en effet une tuméfaction, qui fait saillir le cordon du côté gauche, là où il franchit le pubis d'ailleurs maigre du blessé. Une application de six sangsues diminue cette tuméfaction et permet d'examiner la région. Le massage explorateur facilite l'écartement des éléments du cordon et l'examen des altérations plus profondes. Des frictions continues, combinées avec des efforts d'extension, d'abduction et surtout avec quelques flexions de la hanche, permettent de reconnaître que le pubis du côté gauche fait saillie en haut et en avant: la hanche du côté gauche remonte en effet à 2 cm. 1/2 ou 3 cm. plus haut que celle du côté droit. Le déplacement d'arrière en avant paraît être de 15 à 20 mm. pour la branche gauche; il s'observe, en passant transversalement la main de l'un à l'autre côté. Le bord saillant n'est point tranchant comme celui d'une fracture; il n'offre pas non plus cette sensibilité exquise que l'on trouve quand on palpe une solution de continuité osseuse. On ne peut réussir à obtenir l'écartement des deux branches pubiennes, en faisant des efforts sur les épines antérieures des os iliaques. Mais, en combinant des mouvements d'abduc-

tion directe, avec des mouvements d'extension et d'abduction du membre inférieur gauche, on perçoit à plusieurs reprises des frottements rudes des « croquements » analogues aux frottements des déplacements articulaires.

Ces premières tentatives de réduction ne donnant aucun résultat, le chirurgien examine l'articulation sacro-coxale gauche. Il y découvre un empâtement de la région, surtout dans ses limites les plus supérieures, avec tension exagérée des muscles sacro-lombaires. Ces signes physiques coïncident d'ailleurs avec une sensibilité anormale, que le blessé lui-même localise au point précité. Le chevauchement est cependant peu appréciable de ce côté postérieur.

Avant de tenter la réduction définitive de la luxation pubienne, il est procédé à l'exploration de la lésion du cou de pied gauche.

Dès la première inspection, on reconnaît une fracture par tassement du calcanéum : la région est gonflée ; les ecchymoses sont très étendues, surtout du côté externe, l'effacement de la face plantaire est très marqué ; le pied est déjeté en dehors ; le tendon d'Achille est flasque. Dès le commencement du massage explorateur, on discerne l'élargissement du calcanéum et on croit reconnaître en même temps une sensibilité anormale dans la portion antérieure et interne de l'astragale. On sent aussi une crépitation superficielle vers la pointe de la malléole péronière, ou du moins vers le bord antérieur de cette pointe.

Tenant d'une main l'avant-pied, le chirurgien imprime successivement des mouvements de rotation en dedans et surtout de rotation en dehors, tandis que de l'autre main il pétrit, refoule les portions les plus accessibles de la grosse apophyse du calcanéum. Ainsi est obtenue une réduction, qui n'est vraiment complète que pour le côté externe, tant pour le péroné que pour l'astragale et le calcanéum. Il subsiste encore une tuméfaction importante dans la région interne du calcanéum, de l'astragale et même du scaphoïde. Les chirur-

giens combinent alors leurs actions. L'un comprime latéralement l'arrière-pied, à deux mains, en se servant des éminences thénar, tandis que l'autre saisit l'avant-pied pour lui imprimer des mouvements de torsion, d'abord en dehors, puis en dedans. Le premier exerce une compression réductrice et effectue la coaptation au moment où son confrère dégage les fragments par des mouvements de torsion, dont il répète l'effort jusqu'à quatre ou cinq reprises. Il reste encore une portion tuméfiée, soit au niveau de la tête de l'astragale, soit, plus probablement, à la limite du scaphoïde : le malade éprouve d'ailleurs en cette région une sensibilité anormale. Un des chirurgiens applique sa main gauche sur le côté interne du pied, de façon à soulever, au moyen de son éminence thénar, la petite portion astragalienne demeurée saillante ; en même temps, avec sa main droite, il imprime rapidement au pied du blessé un brusque et double mouvement de flexion. Le pied étant incliné sur son bord externe, l'opérateur presse énergiquement sur la portion saillante du bord interne ; et, en une secousse, il détermine ensuite une forte flexion sur ce bord interne. La réduction se fait. Sans désespérer, on roule un bandage en étrier, en interposant d'épais coussins sur chacun des deux côtés de l'arrière-pied, au-dessus et autour des malléoles seulement. Pour éviter un déplacement secondaire, pendant les manœuvres de réduction de la disjonction pubienne, une compression suffisante est exercée sur le cou-de-pied blessé.

Le même jour, jeudi 3 mai, nous tentons la réduction de la luxation pubienne. Malgré de nombreux efforts d'extension, d'abduction et même d'écartement des membres inférieurs, au moyen de lacs passés en cravate à leur racine et dirigés aussi horizontalement que possible, il est impossible d'obtenir une réduction complète. A plusieurs reprises, les chirurgiens recommencent ces tentatives ; mais ils n'obtiennent malheureusement qu'une diminution du chevauchement avec quelques croquements. Le malade se sentant fatigué, on cesse

de renouveler les manœuvres, bien qu'on constate un chevauchement moins étendu de bas en haut. Les opérateurs se contentent de surélever le siège du blessé au moyen d'un coussin dur, qui ne puisse se tasser et de lui donner quelques indications relatives à l'attitude la plus propice.

L'état général de cet homme est mauvais : sa respiration, sans être dyspnéique, est entravée par d'abondantes mucosités trachéo-bronchiques.

Le lendemain, 4 mai, le blessé éprouve un impérieux besoin de se mouvoir, et surtout de mouvoir ses membres inférieurs. Mais la force lui manque ; aussi sollicite-t-il le secours de quelques personnes de son entourage, afin de modifier l'attitude des pieds, des jambes et des hanches. Il fait cette demande à tout instant, parfois même à des intervalles de cinq minutes, aussi bien la nuit que le jour. Le coussin dur, placé sous le siège, est cependant conservé, le malade se contente d'en modifier tantôt l'épaisseur, tantôt la situation. Le besoin de se mouvoir devient tel, que le blessé demande à s'asseoir ; on n'y consent pas ; et ses efforts personnels sont inutiles.

Le 8 mai, 9 jours après la chute et 5 jours après les manœuvres, le blessé se sent moins endolori, plus libre. Ne pouvant arriver à s'asseoir, il cherche à se retourner dans son lit ; ses premiers essais restent infructueux. Après un court repos, Jules D... renouvelle sa tentative ; cette fois, il laisse le côté blessé former pivot et soulève son côté droit, qu'il incline peu à peu, tout en imprimant à la portion supérieure du tronc un mouvement de torsion, de rotation lente. Il réussit ainsi à passer du décubitus dorsal dans le décubitus ventral. Au moment où cette manœuvre s'achève, un brusque mouvement se produit ; le blessé ressent une forte sensation de réduction. Son exclamation est très catégorique ; il est soulagé, brusquement, immédiatement ; et ses affirmations confirment les mêmes sensations qu'il avait déjà éprouvées lors des manœuvres chirurgicales.

Le 10 mai, nous l'examinons. L'état général est excellent : il n'y a plus de toux, plus de troubles urinaires. Quelques mouvements sont possibles. La luxation ne présente plus qu'un déplacement partiel : il n'y a plus de chevauchement ; ce n'est plus qu'une disjonction avec subluxation. Un massage explorateur supprime presque complètement l'œdème pubien du côté gauche. La différence de niveau des branches pubiennes ne dépasse pas 2 à 5 millimètres ; le déplacement antérieur est un peu plus considérable que le déplacement en hauteur. La sensibilité anormale a disparu : on peut fléchir les hanches et les genoux et placer les fémurs dans une direction perpendiculaire au tronc, pourvu que l'on procède lentement. Le blessé est satisfait, la réduction de la luxation est presque complète. Malheureusement, la mobilité anormale persiste, l'articulation est flottante dès que l'on tente des mouvements des hanches, de la gauche surtout : on ne se trouve plus en présence d'une symphyse. Si l'on allonge les membres inférieurs dans l'axe du corps une partie du déplacement primitif se produit, mais non plus jusqu'au chevauchement.

L'ecchymose, désormais jaunâtre, persiste dans la région pubienne surtout à gauche et aussi sur le périnée ; il n'y a plus sur la verge qu'un vestige de la couleur noire du quatrième jour, sans tuméfaction, qui en recouvre la moitié.

Sur le scrotum il n'y a plus d'œdème ; l'ecchymose qui le recouvrait reste noire, mais ne recouvre plus que la moitié inférieure des deux côtés. Il n'y a plus de tuméfaction au périnée, ni à l'anus. Les muscles du côté gauche, tant à la partie interne de la cuisse que du côté de l'abdomen, sont encore flasques. Le ligament de Poupart demeure épais et dur, mais il est moins endolori.

Sur la face postérieure, du côté de l'articulation sacro-coxale gauche, on reconnaît une tuméfaction globuleuse, à peu près de la largeur de la main : elle siège dans la partie la plus supérieure de l'articulation. Le pli fessier est effacé ; le

méplat rétrotrochantérien a disparu. La fesse gauche a pris une forme absolument sphérique. Il existe une ecchymose vers le milieu du bord inférieur du grand fessier ; elle est peu étendue, jaunâtre, mais incontestable. Il n'y a rien de particulier dans le reste de la portion postérieure ou latérale de la hanche dont il s'agit.

Le 29 juin, nous examinons de nouveau le blessé en compagnie du docteur Éloy. L'état général est excellent. Le blessé peut s'asseoir sur le bord de son lit, sur un siège dur et même se tenir debout. Il faut avouer, néanmoins, qu'il appuie dans toutes ses positions le poids du corps sur le côté droit du siège. L'examen de la région pubienne ne dénote aucun chevauchement, peu de mobilité anormale. L'articulation sacro-iliaque gauche est légèrement sensible. La fesse gauche est encore toujours flasque ainsi que les muscles de toute la cuisse gauche.

Nous mesurons celle-ci dans son épaisseur. La mensuration n'indique pas qu'elle soit moins volumineuse que sa congénère. Il n'y a pas de raccourcissement du membre inférieur gauche. Mais ce qui inquiète le blessé, c'est qu'il ressent depuis quelques jours des douleurs internes dans la cuisse gauche et dans la région fessière gauche. Pressé d'indiquer d'une façon précise les points douloureux, il indique le trajet du crural et celui du sciatique...

A part ces complications, le blessé se sent très amélioré. Il a trouvé un tel soulagement dans l'application du coussin dur dont il est parlé plus haut, qu'il en parle sans cesse. Il se préoccupe de savoir s'il pourra encore travailler comme jadis et s'il ne résultera pas pour lui un grave préjudice fonctionnel. Naturellement nous réservons notre pronostic tout en lui laissant l'espoir qu'il pourra continuer son métier de peintre même sur son échafaudage.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Au siècle dernier, la description se bornait à un aperçu sommaire, ainsi que le montre ce texte de Louis :

« Les os du bassin servent de base et de soutien aux os du tronc : l'os sacrum forme la partie postérieure du bassin ; c'est sur lui que porte la colonne de l'épine, (dont toutes les parties deviennent insensiblement plus petites, à mesure qu'elles s'éloignent de cet os, qui est comme le piédestal de cette colonne.) Les os innominés sont joints aux deux côtés de l'os sacrum par plusieurs inégalités ; revêtues d'une croûte cartilagineuse, ces inégalités font que l'os sacrum reçoit et est reçu mutuellement ; cette sorte de jonction par engrenures étendues est mise au rang des synchondroses.

» Les os innominés se touchent antérieurement par les os pubis ; un cartilage sépare leur tubérosité

antérieure et forme la symphyse, qui répond antérieurement à la ligne verticale, par laquelle le corps serait séparé en deux parties égales. » (*Mém. Acad. roy. chir.*, Paris, 1784 ; IV, 63, 64.)

Au XIX^e siècle, on a poussé plus loin la précision des détails de l'anatomie de cette intéressante question ; et on a judicieusement cherché à en tirer les conséquences les plus rationnelles, au profit de la pratique de la chirurgie et de l'obstétrique.

La symphyse pubienne est une articulation du type des amphiarthroses. Les pubis sont réunis en avant sur la ligne médiane, formant avec l'horizon un angle de 45°, par deux systèmes ligamenteux. D'après les recherches de M. le professeur Farabeuf, le principal moyen d'union entre les pubis consiste dans un fibro-cartilage résistant, analogue aux disques intervertébraux. Sappey l'a étudié particulièrement dans son *Traité d'anatomie*.

Plus épais en haut qu'en bas, moins large en arrière qu'en avant, ce cartilage a une forme elliptique. Ses bords périphériques sont plus résistants, sa partie centrale est molle.

Un manchon périosseux, vasculaire, complète l'union. Quatre ligaments le composent : un antérieur, un postérieur, un supérieur, un inférieur. Mais, tandis qu'en avant la couche ligamenteuse est très épaisse (8 à 10 c. environ), elle se trouve réduite en arrière au périoste osseux.

Ces deux systèmes ligamenteux n'ont pas la même importance physiologique : le manchon fibreux

joue le rôle de pièce d'union ; *le fibro-cartilage*, au contraire, *se ramollit, se tuméfie, se relâche pendant la grossesse, n'offrant ainsi qu'une résistance insignifiante.*

Du reste, *la consistance de ce fibro-cartilage n'est pas la même pour tous les individus*, ainsi que les autopsies le prouvent journellement. (Tillaux, *Anatomie topographique*). Il est donc admissible que les disjonctions pubiennes traumatiques (très rares, sauf en obstétrique), puissent se produire chez des gens naturellement ou accidentellement prédisposés. Cependant, beaucoup d'auteurs ne les mentionnent pas. Grâce à la laxité permanente ou momentanée des ligaments, sous l'influence d'un trauma, la symphyse peut se disjoindre, se luxer sans fracture. En dehors de l'état puerpéral, ce fait est exceptionnel, il est vrai, mais il existe, témoin les observations indiscutables de Murville et d'autres.

Nous n'insisterons pas sur les rapports de la symphyse pubienne avec les organes sous jacents plus importants au point de vue du pronostic, qu'au point de vue de l'anatomie descriptive.

Qu'il suffise de rappeler rapidement les moyens d'union de la symphyse sacro-iliaque. C'est une articulation qui, d'après Sappey, tiendrait le milieu entre les amphiarthroses et les diarthroses. Les surfaces articulaires, tant du côté du sacrum que du côté de l'os iliaque, sont encroutées de cartilages et s'emboîtent l'une dans l'autre. Il est à remarquer cependant que les cartilages sont plus épais du côté

de l'os sacré que du côté de l'os coxal. Les auteurs comparent volontiers la « facette articulaire » au pavillon de l'oreille. Cette disposition constitue par elle-même un premier moyen d'union. Il faut rappeler aussi le ligament interosseux qui s'implante directement sur les surfaces articulaires, puis les ligaments périphériques, le postérieur très résistant, l'antérieur peu important se confondant avec le périoste. Une synoviale complète l'articulation.

Après ce rapide coup d'œil sur l'anatomie des deux articulations, il est utile d'envisager la corrélation qu'elles présentent et leur mutuelle solidarité. Il est rare, en effet, que dans les lésions pubiennes, avec écartement notable ou chevauchement, on n'observe pas des lésions concomitantes des articulations sacro-iliaques (1).

(1) Dès le début de son étude « de l'écartement des os du bassin », l'historien de l'*Académie royale de chirurgie* le prend de haut (Paris. 1784, IV, 63). « La mobilité des os du bassin, en conséquence de l'augmentation du volume des cartilages, qui recouvrent les surfaces par lesquelles ces os s'entretouchent et sont contigus, est une question de fait, dont l'affirmative a été incontestablement prouvée il y a près de deux cents ans. C'est une chose bien déplorable que l'art soit continuellement le jouet des diverses opinions.

» Séverin Pineau a donné, en 1579, une dissertation excellente sur cette matière. L'autorité, la raison et l'expérience lui ont servi à prouver solidement la vérité qu'il se proposait d'établir ; il a prévenu et réfuté victorieusement toutes les objections qu'on pouvait lui opposer : les faits se sont multipliés depuis en faveur de son sentiment ; de sorte qu'il n'y a rien de plus certain dans la nature que l'existence du phénomène dont il s'agit.

» Malgré cela, les auteurs les plus modernes mettent le fait en question, et plusieurs en soutiennent la négative. Les partisans même de la vérité sur ce point de physiologie ne le considèrent que comme un objet de simple curiosité. »

Les expériences de Baudelocque, relatives à la symphyséotomie, pratiquées sur des cadavres, ont démontré que l'on ne saurait écarter trop brusquement les pubis sans infliger à l'articulation sacro-iliaque un traumatisme pouvant aller jusqu'au diastasis complet. On se rappelle, en effet, que le ligament principal de l'articulation sacro-iliaque est un ligament interosseux très résistant et s'implantant immédiatement sur les surfaces articulaires. Si un brusque traumatisme du bassin écarte les deux os iliaques, il se produit forcément arrachement du bord osseux ou entorse sacro-coxale.

Nous ne voulons bien entendu considérer que des cas de distention brusque de la symphyse pubienne, et non ceux dans lesquels un accoucheur expérimenté effectue méthodiquement l'écartement dans un but obstétrical.

En résumant ses recherches de chirurgie expérimentale, Murville précisa les résultats de ses dix expériences sur le cadavre : « Dans cinq d'entre elles, il y a eu tension très forte à la vérité, mais non déchirure des ligaments sacro-iliaques antérieurs ; dans les cinq autres, ces mêmes liens se sont rompus, mais d'un seul côté, et seulement à la partie la plus élevée, c'est-à-dire vers la base du sacrum, endroit où ces ligaments ne consistent qu'en une lame fibreuse très mince et tout-à-fait périostale ». (*Mémoires de l'Académie nationale de médecine* ; Paris, 1849, in-4° ; XIV, 313.)

Murville prend soin de le rappeler (p. 310) : « Plu-

sieurs auteurs se sont occupés de rechercher jusqu'à quel degré on pourrait porter l'écartement des pubis sans s'exposer à la rupture des symphyses sacro-iliaques, dans l'opération de la symphyséotomie chez la femme enceinte et sur le point d'accoucher. » Murville cite Sigault; Alphonse Leroy (*Recherches historiques sur la symphyse du pubis*, Paris, 1778; *Observations et réflexions sur l'opération de la symphyse et sur les accouchements laborieux*, Paris, 1780); Baudelocque; Piet (*Dissertation sur l'écartement des os du bassin dans le travail de l'accouchement*); Giraud, ex-chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, et Anciaux, de Liège (*Clinique chirurgicale*, Liège, 1809.) « Ces chirurgiens sont arrivés à des résultats très divers, selon qu'ils expérimentaient sur des sujets placés dans des conditions différentes d'âge, d'un état de grossesse plus ou moins avancée, de santé, ou de maladie, d'un état d'infiltration et de relâchement plus ou moins prononcé des symphyses. Règle générale, cet écartement peut, sans que pour cela la rupture des symphyses postérieures en soit la suite, être porté d'autant plus loin, que la femme est plus jeune, que la grossesse approche davantage de son terme, et que les ligaments et fibro-cartilages symphysiens sont dans un état de relâchement et de tuméfaction plus considérable; c'est ainsi que les uns ont avancé que cet écartement ne pouvait être porté tout au plus qu'à 1 centimètre et demi, 3 centimètres, 4 centimètres et quelques millimètres; tandis que les autres préten-

dent être arrivés jusqu'à 7 centimètres et demi, 9 centimètres et même davantage. » (p. 311.)

D'après les expériences de Morisani, Pinard, Farabeuf, Varnier, Lepage, il résulte que la limite d'écartement peut atteindre, dans la symphyséotomie, au plus sept centimètres. Dans ces conditions, l'opérateur ne peut donner qu'une simple éraillure du périoste de l'ilion sans déchirure de ligaments importants. Dépasser un déplacement de 0,035 millimètres pour chacune des branches pubiennes, constituerait un réel danger.

« Il n'a pas échappé à Murville que le fait de M. C..., présente une grande analogie avec l'écartement des pubis produit par l'opération de la symphyséotomie ; et que , peut-être, les résultats de cette lésion traumatique sont susceptibles de peser de quelque poids, dans le calcul des avantages ou des inconvénients attachés à la section produite par l'art.

» Afin d'éclairer autant qu'il était en lui cette question importante, Murville s'est livré à une série d'expériences sur le cadavre. Il a reproduit, par la section, les déchirures, et à l'aide des coins enfoncés entre le pubis, l'écartement observé chez M. C... Il a pu s'assurer ainsi, qu'une séparation des pubis, à la distance de six et sept centimètres peut ne s'accompagner, cinq fois sur dix, que la distension des ligaments *sacro-iliaques*, avec éloignement de cinq à six millimètres des rebords internes des surfaces articulaires du sacrum et de l'os coxal.

Dans les autres cas, les ligaments *sacro-iliaques* ne se sont rompus que d'un côté et seulement vers la base du sacrum. Des dissections exactes sont permis de noter, non seulement ces lésions articulaires, mais encore celles des parties celluleuses et autres, qui, dans les circonstances indiquées, ont le plus à souffrir, et le degré des désordres qu'elles éprouvent. » (Bégin, *rapport à l'Académie de Médecine de Paris* ; 17 août 1847, xii, p. 966).

Nous ne parlerons pas de l'articulation sacro-coccygienne, qui, à moins d'un traumatisme direct n'est pas en cause. Dolbeau, néanmoins cite, en 1868, un cas de disjonction sans fracture de trois articulations pelviennes.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Suivant Pineau, (qui admet l'écartement des os du bassin à la fin de la période de gravidité), « pendant tout le temps de la grossesse, les cartilages, qui séparent les os du bassin, sont humectés et ramollis par une humeur qui les pénètre; les fibres ainsi arrosées s'allongent; et les cartilages, en augmentant d'épaisseur, font entre les os l'office de coins, qui donnent un plus grand diamètre à la capacité du bassin : cela ne répugne certainement, ni à la raison, ni à l'expérience. — Si l'on en croit Dulaurens, les cartilages ne peuvent pas s'humecter, parce que l'humeur qui abreuve et humecte l'orifice de la matrice, et qu'il reçoit des vaisseaux de cet organe, ou des humeurs redondantes, ou des excréments du fœtus, ne peut être portée aux os pubis, que la matrice ne touche pas immédiatement, étant située

entre la vessie et le rectum ». Et l'historien de l'*Académie royale de chirurgie* s'empresse d'ajouter que « le vuide de cette objection est facile à appercevoir ; Severin Pineau n'a point dit que l'épaississement des cartilages venait d'une humeur fournie par la matrice, dont ils se seroient imbibés : mais le même mécanisme, qui fournit à la matrice la surabondance de fluides nécessaires pour l'augmentation de son volume, arrose les parties circonvoisines ; la distention de ce viscère met d'ailleurs un obstacle au concours du sang qui revient des parties inférieures ; elles se gonflent et se tuméfient ; les veines se dilatent, deviennent variqueuses ; et les suc, déterminés en plus grande quantité vers les cartilages, les humectent et les gonflent.

« La ferme connexion des os du bassin paroîtroit fournir une raison plus plausible contre leur écartement. Ces os, dit Dulaurens, sont joints entr'eux, de de manière qu'aucun choc, aucun effort, n'est capable de les désunir et de les séparer : S'ils l'étoient une fois, comment leur réunion se feroit-elle ? Par quel *gluten* pourroient-ils être rejoints et ressoudés ? car, ajoute-t-il, il ne se peut faire de nouvelles synchondoses. » (p. 70.)

Et l'historien de l'Académie royale ajoute, sans autre sourdine : « Il est clair que Dulaurens n'entendoit pas la question ; et il se seroit épargné une objection si déplacée, par un peu plus d'attention aux arguments de Pineau, qui semble avoir prévu tous les sophismes, qu'on pouvoit lui opposer.

« Les os, dit-il, s'écartent ; mais l'écartement ne se fait pas également chez toutes les femmes : la distraction est plus grande aux unes, et moindre aux autres, selon la grandeur et le volume du fœtus. L'écoulement commence plus tôt ou plus tard, suivant la quantité de l'humeur qui gonfle les cartilages, et relativement aux différents exercices du corps : l'action de se promener contribue beaucoup à cette dilatation, pourvu qu'on ne force pas cet exercice. Cette réflexion peut devenir utile dans la pratique. Enfin, dit Pineau, la sécheresse et l'humidité de la partie sont des causes exceptionnelles d'une plus grande ou d'une moindre dilatation des os du bassin. »

On peut reconnaître que cette argumentation n'est, ni serrée, ni concluante. Il faut continuer, pour rencontrer les premières idées, encore peu précises, sur les conditions, qui prédisposent à la disjonction, et même à la luxation de la symphyse du pubis.

« Ce qui a trompé Dulaurens, et même les auteurs XVIII^{me} siècle qui ne conçoivent pas la possibilité de l'écartement des os du bassin, c'est la fausse acception des termes qui servent à l'exprimer. Quand on parle de déduction, de distraction, de disjonction, de désunion, de séparation et d'écartement, on y attache toujours l'idée de rupture, de solution de continuité. Ce n'est point cela du tout, qu'ont entendu Séverin Pineau et les bons auteurs que l'expérience a rendus partisans de sa doctrine. — Les os du bassin souffrent écartement et déduc-

tion, etc., parce que les cartilages intermédiaires, devenus insensiblement plus épais, donnent une plus grande capacité au bassin ; le cercle des os qui le composent en devient plus ample. — Il est très certain, comme Hippocrate l'a remarqué, que les femmes sentent de la douleur dans ces parties avant et après l'accouchement ; ce qui ne peut être occasionné que par l'extension forcée des ligaments qui fortifient la connexion cartilagineuse de ces os. — Pineau fait ici une comparaison prise dans la nature : les écailles des huîtres s'entr'ouvrent facilement, lorsque ces animaux les écartent pour prendre de la nourriture ; hors de cette action, elles ne peuvent être ouvertes qu'avec effort par une personne expérimentée dans cet usage ; il faut qu'elle y emploie un couteau aigü, dont la lame courte ait beaucoup de puissance. » (*Hist. de l'Acad. roy. de chirurgie*, Paris, 1784, p. 71.)

» Instruit par la pratique de l'art, Séverin Pineau disoit que l'instinct avoit suggéré aux femmes ignorantes, telles qu'elles sont ordinairement à la campagne, un moyen de soulager leurs semblables en travail d'enfant ; il les avait vues tirer avec forces les cuisses de la femme, à droite et à gauche, afin de procurer l'écartement des os pubis. Il indique un moyen plus simple et plus efficace..... » (p. 72.)

Ce n'est pas le lieu d'élucider quels peuvent être les moyens les meilleurs. Le fait lui-même est en question.

« Pour diminuer l'âpreté de la contraction, plu-

sieurs auteurs s'accordent à reconnoître que les articulations interpubiennes, véritables symphyses, sont susceptibles de trois genres bien distincts de luxations. (Murville; mémoire sur les luxations des os du bassin; *Mémoires de l'Académie nationale de médecine*; Parin, 1849, in-4°; XIV, 270).

« Le premier genre, qui, en réalité, ne constitue qu'un diastasis, s'observe chez la femme enceinte, ou après l'accouchement, et résulte du ramollissement et du relâchement plus ou moins considérables survenus pendant, et surtout vers la fin de la grossesse, dans les ligaments et les cartilages de la cavité pelvienne. Le diastasis est rendu ensuite plus prononcé par la distension inséparable de l'acte de la parturition.

» Le deuxième genre, dont seraient susceptibles les os du bassin, survient chez les sujets lymphatiques et chez les scrofuleux, le plus ordinairement sans cause appréciable. — Quelquefois cependant une violence extérieure, telle qu'un coup, une chute, un effort, semble en avoir été la cause déterminante..... (1).

(1) Murville (de Lille) donne bien le reflet de l'opinion chirurgicale de son temps, qui ne savait pas encore différencier les arthropathies, les unes d'avec les autres. « On doit, je pense, (dit-il), rapporter cette affection à celle que les auteurs ont désignée sous les noms de tumeur blanche, arthrocace, arthropathie, luxation spontanée, luxation consécutive, etc., etc., etc. Elle est donc plutôt un symptôme d'une autre maladie, qu'une luxation proprement dite. » C'est juste et vrai toutefois les rapprochements, confusément voulus par Murville, indiquent clairement combien la question était encore obscure de son temps. Un seul point demeure acquis pour lui : c'est la prédisposition de certains sujets ; il signale les lymphatiques et les scrofuleux.

» Quant aux lésions du troisième genre, les seules, qui méritent véritablement le nom de luxations, elles sont le résultat de causes traumatiques, ou de violences extérieures. Elles restèrent à peu près entièrement ignorées jusque vers la fin du XVIII^e siècle. Il faut arriver à l'époque, où fut publié, dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, le travail de Louis sur l'écartement des os du bassin, pour trouver quelques notions sur cette espèce de lésion ; et encore, sont-elles très restreintes. Cet écrit, d'ailleurs très remarquable, ne contient que deux observations..... »

Murville résume, en effet, l'observation prise par Bassius, à Hal-de-Magdebourg, sur un étudiant en droit, qui fut brusquement interrompu par la douleur pendant un geste d'escrime ; mais il conteste la valeur du fait (p. 272). Il admet d'abord qu'il existait des prédispositions extrêmement prononcées chez le jeune étudiant observé ; il reproche ensuite à Bassius de n'« entrer dans aucuns détails au sujet du diagnostic » ; et il conclut « que tout se réduisait à une distension, à un tiraillement des parties fibreuses, en un mot à une espèce d'entorse d'une intensité légère. » Et Murville a raison : les conditions étiologiques font, dans le cas particulier, une place très large à la prédisposition ; le traumatisme n'a qu'une valeur simplement accessoire, occasionnelle.

Il en est autrement du second cas. « Ce n'est qu'à l'autopsie, qu'on a pu acquérir la connaissance de la lésion, » observe Murville ; mais il se garde bien de

le contester. Dans ce second cas, Philippe, de Chartres, admet (en 1763) que la luxation du bassin peut survenir « à la suite d'un choc violent d'un corps mu avec une certaine force, ou sur lequel on serait tombé avec une certaine quantité de mouvements » (p. 94) ; et il dédaigne de se préoccuper de ce qu'il pourrait y avoir pour tenir lieu de conditions prédisposantes.

Dans l'observation de Martin (1765), il s'agit d'un homme tombé sur le derrière, d'une hauteur de 40 pieds. Il n'est pas question des autres détails pour expliquer la surprise d'autopsie.

Dans celle de Sir Astley Cooper (1791), le mécanisme est tout différent : il s'agit d'un homme sur lequel était tombée une barrique de sucre.

L'étiologie n'est donc pas uniforme, et par conséquent pas toujours facile à élucider ; on le reconnaîtra plus loin.

D'après l'historien de l'*Académie royale de chirurgie*, (1784) : « il faut être attentif à toutes les circonstances, dont l'ensemble est nécessaire pour que cet écartement arrive, (la disjonction du bassin). La désunion sera plus ou moins facile, suivant l'état de connexion des os, toujours plus serrée dans un âge avancé. L'effort doit agir précisément sur la partie latérale de l'os sacrum, pour l'ébranler dans sa jonction avec un os des îles ; et, si la violence du choc portait sur le centre de l'os sacrum, les deux synchondroses latérales souffriraient également distraction.

» Le corps qui fait l'impulsion ne peut agir que par une petite surface sur un endroit déterminé ; et il faut que le sujet soit situé de manière qu'il ait deux points d'appui fixes. Le blessé, dont il s'agit dans l'observation de Philippe, était appuyé sur ses jambes ; ses mains et sa tête formaient un second point d'appui sur le derrière de la charrette ; la colonne vertébrale pouvoit être considérée comme parallèle à l'horizon et le mouvement de la cause qui a blessé a été perpendiculaire. Dans cette situation, les fémurs fournissent au bassin un appui qu'on doit regarder comme inflexible ; l'os sacrum, de la manière dont il a été frappé, devoit céder, pour un instant, au mouvement qui lui a été imprimé ; la souplesse du cartilage, en ce jeune homme, y a beaucoup contribué. » (pp. 94, 95.) Cette interprétation du mécanisme peut être tenue pour ingénieuse ; elle n'en est pas moins dépourvue de sanction : on l'a vu plus haut, l'observation de Philippe ne se rapporte pas à une luxation traumatique : il est très complexe et toujours contestable de chercher à supputer quels peuvent être les divers éléments qui ont contribué à déterminer la luxation.

Mieux vaut tenir compte de l'opinion de Malgaigne avec son résumé des quatre premières observations connues. « Dans trois, au moins, la violence extérieure a manifestement agi en écartant les pubis. » (p. 775).

Tenon en cite un curieux exemple. (*Mémoires de l'Institut*, t. IV, p. 159).

Un jeune homme de 18 ans se destinait à l'art de danseur. Son maître le faisait coucher sur le dos ; et, dans cette position, il lui posait un pied sur un genou, l'autre pied sur l'autre ; puis il se balançait dans le but de lui renverser les genoux et les pieds en dehors. Il lui occasionna ainsi un écartement des pubis, d'environ un demi-travers de doigt.

Deux fois, écrit Malgaigne, l'écartement s'est produit à cheval, par des sauts brusques de l'animal, et comme si la selle eût agi à la façon d'un coin entre les tubérosités sciatiques. — Cameron (*Philosophical transactions*, 1747, n° 484) en a observé un exemple sur un recteur âgé de 64 ans, dont le cheval effrayé, après un premier saut, par un élan brusque et violent, tourna court à gauche, puis à droite, et finit par jeter son cavalier sur une haie ; le blessé raconta que le double écart du cheval à gauche et à droite avait produit à l'instant une sensation intolérable, comme s'il avait été « fendu en deux. »

Au lieu d'un écartement, il s'agissait d'un rapprochement, capable d'aboutir à un vrai chevauchement, dans le cas rapporté par Lante (comptes-rendus de l'hôpital de New-York ; *New-York medical journal*, 2 d. ser. vol. IV, p. 286 ; cf. Hamilton, trad. Poinsoy ; Paris, 1884 ; p. 422). Le jeune homme de dix-huit ans, qui fut écrasé entre deux charrettes, succomba deux jours après l'accident.

Le cavalier observé par Murville à Lille s'était élevé sur sa selle en serrant fortement les cuisses, quand deux secousses successives le lancèrent en l'air, d'où il retomba sur sa selle.

Dans ce cas, le mode d'action se rapporterait à une force dirigée selon le sens de la verticalité ; mais cette force peut avoir agi à la façon d'un coin entre les tubérosités sciatiques.

Il n'en est plus de même dans le quatrième cas. La direction est bien encore la verticalité ; mais le mode d'action semble avoir été d'autre sorte ; il résulterait de la localisation unilatérale de la cause vulnérante sur le bassin.

Martin, de Bordeaux, a vu, en effet, la rupture de la symphyse du pubis sur un maçon tombé de 40 pieds de hauteur sur le derrière, mais de façon que la partie postérieure de la crête iliaque gauche porta davantage que les autres parties. — Qu'il y ait plus ou moins d'obliquité dans la direction de la cause vulnérante, c'est relativement accessoire. Mieux vaut s'en tenir au principe, que confirme le fait, que nous avons personnellement observé : la luxation pubienne est possible par le fait d'une chute d'un lieu élevé, soit sur le siège, soit sur le pied : la fracture du calcanéum en est la preuve.

Il faut tenir compte également des traumatismes qui s'exercent selon les directions opposées, celles qui s'exercent plus ou moins horizontalement, celles qui sont perpendiculaires à l'axe du tronc. — C'est la direction de la force obstétricale qui écarte les pièces du bassin ; c'est encore la direction, qui refoule les pièces squelettiques les unes vers les autres pendant les éboulements dans les mines.

« Philippe, (de Chartres), observe que la même

force qui a désuni l'os sacrum d'avec l'os des îles, dans l'attitude où était le blessé, n'aurait certainement pas produit cet effet, si elle l'eût frappé dans une position verticale ; alors elle l'aurait renversé, dit-il. Et même, si elle l'eût frappé debout, ayant la partie supérieure absolument immobile, il ne se serait point fait de distraction dans la synchondrose, parceque le corps aurait obéi à l'impulsion, par rapport aux articulations du fémur avec les os innominés et avec le tibia : il faut donc, pour que la symphyse sacro-iliaque soit ébranlée, que le sujet ait deux points d'appui, qui offrent plus de résistance que cette symphyse et que l'os sacrum soit frappé d'une manière déterminée, comme dans le cas dont il est question. » (*Hist. de l'Acad. Royale de Chirurgie* ; Paris, 1784 ; iv, 95.) — Toute cette dissertation manque de base, parceque le cas, dont il est question, est une luxation pathologique, et non pas une luxation traumatique.

Il suffit donc, de retenir deux types de traumatismes susceptibles de déterminer la disjonction du pubis ; l'un agit selon la direction de l'axe du tronc ; l'autre exerce son action perpendiculairement à cet axe, soit de dedans en dehors, soit inversement.

Quelque soit le mécanisme, on peut toujours se demander pourquoi la rupture du squelette se fait dans la contiguité, et non pas dans la continuité ; pourquoi il se produit une luxation et non pas une fracture.

Ainsi s'impose la question inéluctable du principe même de la prédisposition de certains sujets.

La prédisposition n'est pas démontrée dans l'histoire de l'Académie royale de chirurgie (p. 89) ; mais elle est indiquée par cette observation de Bassius, de l'Université de Hale-de-Magdebourg, *Observationum anatom. chirurg. medic. Decad I ; obs. III ; 1731*). « Un étudiant en droit, âgé de vingt ans, d'une constitution molle, et dont l'habitude du corps étoit délicate et lâche, en tirant des armes, fut serré de près par son adversaire. Ce jeune homme fit alors des mouvements assez vifs de la partie inférieure du tronc sur les os des cuisses ; et, dans ces mouvements, il se fit divulsion des os innominés d'avec l'os sacrum. L'auteur met ce cas au nombre des diastasis, ou des subluxations : L'écartement avoit une cause prédisposante dans le relâchement des ligaments ; la connexion des os étoit lâche et abreuvée de l'humeur articulaire ; et dans ce cas, l'effort des muscles a suffi pour opérer le déplacement, que Bassins a observé. — Le malade sentit sur le champ une vive douleur dans la partie, et une rétraction de la jambe ; il ne pouvoit marcher ; il souffroit même étant assis, et ne pouvoit pas se relever. — Bassius, appelé le troisième jour, reconnut la maladie ; il fit des tentatives inutiles pour procurer le remplacement des parties et s'en tint à l'indication de fortifier, de réçoudre et de discuter. Dans cette vue, il fit frotter l'endroit douloureux avec l'esprit matricial de Blanckius : *Mastich, Myrrha, Thus, Succin, ana partes œquales. Spiritus,*

vini quantum satis. Stilla. Servetur spiritus pro usu ; (pharmacopée de Londres.) On y appliqua ensuite l'emplâtre dyachylon gommé, malaxé avec suffisante quantité d'huile fétide de corne-de-cerf. En quatre ou cinq jours, l'usage de ces topiques dissipa la douleur, raffermi les ligamens, donna à toutes les parties le ressort qu'elles avoient perdu par la violente extension ; et le malade marcha aussi bien que par le passé. » (p. 90).

Murville, (de Lille,) ne s'y est pas trompé : le fait n'est pas explicable, en dehors d'une vraie prédisposition. Les efforts des escrimeurs sont bien connus ; ils ne produisent pas de pareils effets ; donc la véritable cause est ailleurs (1).

(1) Murville se pose, lui aussi, auprès de son blessé, la question : « Faut-il, pour s'expliquer l'étrangeté du fait, recourir à la recherche des causes prédisposantes ? Cette idée est trop naturelle pour ne pas nous y arrêter. — Le colonel porte : 1° une cicatrice à la partie antérieure et inférieure de la jambe gauche, suite d'un coup de feu reçu il y a trente-cinq ans ; 2° deux autres cicatrices à la partie antérieure de l'abdomen, au-dessus du niveau de l'ombilic, suite d'un coup de feu qui a traversé de droite à gauche la paroi abdominale, mais sans laisser d'autres traces que les deux cicatrices qui ne présentent rien d'extraordinaire : Ces circonstances ne peuvent être considérées comme causes prédisposantes capables de favoriser l'accident. — La constitution du colonel est forte ; son tempérament est plutôt sanguin, que nerveux et lymphatique ; sa santé habituelle est excellente, à tel point que, depuis son arrivée sous les drapeaux, elle n'a jamais, si ce n'est au moment des blessures ci-dessus relatées, éprouvé la moindre atteinte, qui ait pu amener la plus petite interruption dans son service. Seulement, pour être tout à fait exact, nous dirons qu'il est assez souvent incommodé par des douleurs rhumatismales, siégeant, tantôt dans les reins, tantôt dans les membres inférieurs, mais toujours trop peu intenses pour l'empêcher un seul jour de satisfaire aux exigences de sa position. Trouvera-t-on là une condition, qui ait dû rendre plus facile la rupture

Ce raisonnement, tout élémentaire qu'il est, conduit à faire la part des prédispositions individuelles. Les modernes chercheurs des autopsies le vérifient journellement : la résistance de la symphyse pubienne varie beaucoup selon les sujets.

Chez le peintre, que nous avons observé, il faut bien admettre une prédisposition. L'excellent état général de cet homme avant l'accident et sa vigoureuse apparence font écarter toute préoccupation constitutionnelle. M. Guérmonprez se demande s'il ne faut pas faire entrer en ligne de compte le travail antérieur de ce peintre, qui, pour badigeonner un plafond, travaillait depuis cinq heures du matin ; il était six heures du soir au moment de sa chute.

Or, il s'agissait de la peinture d'un plafond à caissons. Sans doute, à certains moments, le peintre se tenait debout régulièrement, c'est-à-dire avec les deux pieds sur un même échelon ; mais il en était tout autrement à certains autres moments, alors que, sans changer l'emplacement de son échelle, l'ouvrier s'efforçait d'atteindre l'extrême limite des portions

de la symphyse pubienne et du plancher du périnée ? Sans prétendre que la chose soit absolument impossible, nous ferons cependant observer qu'il est bien peu de militaires, qui, à l'âge du colonel (56 ans), n'aient des rhumatismes bien autrement développés et plus douloureux, sans que pourtant le moindre accident de la nature de celui qui nous occupe leur soit jamais arrivé. En conséquence, nous croyons devoir conclure, ajoute Murville, que si, dans le cas actuel, il y a eu une prédisposition quelconque, elle n'a pu être que d'une très faible importance » (pp. 305-306). — M. Guérmonprez ne s'exprime guère autrement : « la prédisposition n'est pas une cause efficiente, dit-il ; c'est simplement un motif de localisation des lésions que fait le traumatisme. »

éloignées du plafond, qu'il arrivait encore à badigeonner au moyen de la couleur portée par sa brosse. Pour travailler le plus loin possible, il posait le pied gauche à un échelon, il se tenait de la main gauche à un autre échelon; et il s'allongeait pour badigeonner de la main droite, tandis que son membre inférieur droit se trouvait vaguement étendu dans le vide, faisant en quelque sorte l'office d'un balancier. En s'allongeant bien des fois au cours de sa journée de travail, cet ouvrier a renouvelé le geste connu sous le nom de « grand écart » et il a poussé cette attitude jusqu'à son extrême limite. M. Guermonprez suppose que cet homme a pu provoquer ainsi un état particulier des articulations du bassin, état de fatigue inconsciente, avec ramollissement des tissus fibreux, infiltration des espaces cellulaires, relâchement des ligaments actifs, c'est-à-dire toute une série de modifications minimales, qu'il rapproche du type connu des hydarthroses. Son argument, c'est l'hydarthrose avérée, qu'il a constatée dans des articulations temporairement soumises à la fatigue, ou bien dans des articulations troublées par une attitude prolongée et non régulière. L'hydarthrose dans les cas particuliers ne présente aucune gravité : le repos suffit à la faire oublier. Elle est d'ailleurs tellement minime, qu'elle ne provoque pas l'attention : il faut la rechercher pour la constater ; il faut même l'épier chez les blessés, qui sont récemment guéris et qui se trouvent encore aux premiers jours de la reprise de leur travail. Dans son ensei-

gnement oral, M. Guermontez explique comment une hydartrose aussi bénigne est à dédaigner dans les conditions ordinaires de la vie, tandis que c'est un *locus minoris resistentiæ*, et même une prédisposition avérée aux entorses, luxations et autres traumatismes articulaires. Il ajoute que, dans le cas particulier, cette interprétation n'est qu'une possibilité ; elle n'est pas démontrée.

En attendant que l'avenir élucide le doute dont il s'agit, on peut continuer à tenir compte des causes prédisposantes, sans contester la valeur efficiente du traumatisme, qui cause la disjonction du pubis. Par là seulement, on réussira jusqu'à discerner le motif, qui conduit le traumatisme à produire une luxation dans des circonstances d'exception, alors qu'un traumatisme de même sorte détermine le plus communément une ou plusieurs fractures.

Pour le moment, nous nous bornons à constater le fait : la luxation du pubis (et aussi sa disjonction), est déterminée le plus souvent par un traumatisme qui agit presque horizontalement ; rarement par un traumatisme, dont l'action s'exerce dans le sens vertical.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Malgaigne revient, à plusieurs reprises, sur l'harmonie, qui existe entre les diverses articulations de la ceinture pelvienne (p. 776). On ne saurait douter, dit-il, que les symphyses sacro-iliaques n'aient pris une part plus ou moins forte à la disjonction.

Cameron trouva, à l'autopsie, un écartement vraiment énorme, puisque l'observateur l'évalue à 4 pouces ; mais, remarque Malgaigne, il n'a pas regardé aux autres symphyses.

Dans le fait observé par Martin, l'écartement laissait seulement passer le pouce.

Ni l'un ni l'autre n'a décrit l'état des ligaments. Mais, dans un cas de luxation double, que Malgaigne a observé sur le cadavre, le fibro-cartilage était arraché presque en entier du pubis du côté droit, emportant même avec lui quelques esquilles osseuses

et le périoste voisin, en sorte que la portion articulaire du pubis droit était comme décortiquée. — Baker et Jules Cloquet ont vu pareillement le fibrocartilage arraché de l'un des pubis, dont la surface restait nue et rugueuse ; en sorte que cela paraît être au moins le cas le plus ordinaire, écrit Malgaigne. (*Tr. des fract. et des luxations*, II. 776).

Dans l'autopsie faite par Hall, le pubis, séparé de l'os congénère, avait pénétré dans la vessie. — Sur ce sujet, il existait en même temps une fracture de l'ilion, (*Provincial medical and surgicat journal* ; may 1, 1844. *American journal of medical science*, vol. XXXIV, p. 248. Cf, Hamilton ; p. 422 ;) ce qui démontre encore l'harmonie entre les diverses pièces squelettiques, dont l'ensemble constitue le bassin.

Dans les relations de l'autopsie, qu'il fit à l'hôpital de New-York, Lente précise qu'il a vu, « une disjonction de la symphyse pubienne, sans autre fracture. Le pubis droit était déplacé en arrière d'environ un centimètre et demi, si bien qu'on pouvait introduire les doigts entre les os. Il y avait aussi, au sommet de la vessie une plaie assez large pour recevoir le pouce.

» Semblable traumatisme a été observé plusieurs fois », ajoute Hamilton. (p. 422).

La guérison du blessé, que nous avons observé, ne nous met pas en mesure de contribuer à l'avan-

cement de ce côté de la question : c'est pourquoi, nous laissons à d'autres le soin de préciser davantage les détails que nous avons groupés au sujet des lésions principales.

Il est d'autant plus regrettable de constater le silence complet des auteurs relativement aux lésions secondaires et aux alternations tardives.

Pour le moment, il suffit de le constater : la disjonction du pubis coexiste avec l'entorse, . sinon la disjonction, de l'une ou des deux articulations sacro-coxales et aussi avec une ou plusieurs autres lésions traumatiques.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

L'historien de l'*Académie royale de Chirurgie* (IV, 95) est victime de son erreur, lorsqu'il croit devoir temporiser pour apprécier la valeur des symptômes. D'après lui, « le dérangement n'offre pas, surtout dans les premiers temps, assez de signes sensibles : les accidents peuvent ne se manifester que quelques jours après le coup..... » L'erreur est toujours basée sur la confusion entre la luxation pathologique, qui évolue peu à peu, et la luxation traumatique, dont la production est toujours faite de brusquerie.

Malgaigne ne tient aucun compte de cette considération ; mais il indique bien la pénurie des documents de son temps. « Tenon a constaté l'écartement des pubis ; mais il se tait sur tout le reste. Le blessé

de Martin expira une demi-heure après sa chute. Celui de Cameron succomba le cinquième jour, sans que la luxation eût été reconnue. — Il ne reste donc, pour l'étude des symptômes, que le fait de Murville. (*Traité des fractures et des luxations*, 1855, II, 775).

D'après Murville (p. 315), les symptômes sont : une douleur excessive au niveau des articulations luxées ou distendues, et rendue ordinairement intolérable par le moindre mouvement imprimé aux membres inférieurs ; la mobilité des os disjoints, le changement produit dans la conformation des parties.

Son observation, très longue et très détaillée, se trouve résumée à peu près en ces termes par Bégin, dans son rapport à l'Académie de Médecine de Paris :

M. C...., officier supérieur dans l'armée, âgé de cinquante-six ans, d'une forte constitution, et d'un tempérament plutôt sanguin que nerveux ou lymphatique, fut emporté, le 19 octobre 1845, durant une revue, par son cheval, qui fit coup sur coup des bonds furieux et désordonnés. M. C.... s'attacha fortement à la bride, pencha le corps en avant, contracta les muscles adducteurs des cuisses avec une violence extraordinaire, étendit fortement les jambes, et s'éleva autant que possible sur les étriers. Il résulta, de cette série d'actions simultanées, la transformation des membres abdominaux, en une sorte de pince ou de fourche, à branches droites et raides, appuyées sur leurs extrémités libres, comprimant avec énergie le corps du cheval, et surmon-

tées, au-dessus du point de jonction qui ne reposait pas sur la selle, par le tronc et les membres thoraciques. Dans une des secousses imprimées verticalement par le cheval, l'officier fut comme jeté en l'air, et retomba de tout son poids sur la selle, qui agit alors à la manière d'un coin sur l'angle de jonction des cuisses, c'est-à-dire sur le périnée. L'effort d'écartement fut si considérable, que la partie latérale gauche du plancher pelvien, sur laquelle il se dirigea principalement, fut déchirée; la peau restait intacte. Une seconde secousse agrandit immédiatement cette première solution de continuité, et la prolongea jusqu'à la symphyse pubienne, dont tous les moyens d'union furent rompus, en y comprenant le pilier interne de l'anneau inguinal gauche. Le blessé, qui conservait tout son sang-froid, perçut distinctement ces déchirures successives des tissus fibreux, sans prévoir toutefois leur gravité; et, ne se croyant atteint que de hernie inguinale, il se laissa glisser en bas de son cheval, plutôt qu'il ne tomba sur le sol.

Examiné aussitôt, sur le terrain même, par Maupin, chirurgien-major du corps (55^e régiment de ligne), M. C... présenta effectivement d'abord une hernie inguinale gauche, volumineuse et directe. — Comme le périnée était aussi le siège d'une vive douleur, Maupin l'explora et y trouva une autre tumeur globuleuse, saillante, déprimant principalement le côté gauche de la région et le scrotum (c'était donc une hernie périnéale). Cette tumeur, dit Murville,

était assez considérable pour remplir entièrement la main ; et, lorsqu'elle était refoulée en haut, dans la cavité pelvienne, cette main pouvait la suivre et pénétrer à travers l'ouverture qui lui livrait passage, à peu près comme elle le fait à travers la vulve dilatée, immédiatement après la parturition. — Les deux mains portées de champ, l'une au-dessus du pubis, l'autre au périnée, pouvaient contourner facilement l'os coxal gauche et se rencontrer au au niveau de la symphyse, assez largement écartée pour leur permettre de s'engager entre les os qu'elle réunit, en déprimant les téguments qui la recouvrent. — Le blessé est transporté à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

Murville, chirurgien en chef, estime à 6 ou 7 centimètres l'écartement des os pubis, dont le gauche était dépouillé de son fibro-cartilage, resté adhérent sur le droit. Le visage du blessé était très pâle et exprimait une grande anxiété ; le pouls était petit et faible, la peau froide ; les régions interpelvienne, inguinale et périnéale, ainsi que la symphyse sacro-iliaque gauche, étaient le siège de douleurs excessives, surtout lorsque la cuisse gauche éprouvait le moindre mouvement.

Après s'être assuré, par le cathétérisme, que la vessie et l'urèthre étaient intacts, Murville s'est attaché à remplir les indications suivantes : 1° réduire les hernies et les maintenir réduites ; 2° rapprocher les os pubis et les contenir d'une manière énergique et constante ; 3° prévenir l'inflammation et la combattre au besoin.

Trente jours après l'accident, M. C..., était en pleine convalescence : les douleurs avaient disparu ; des mouvement pouvaient être impunément imprimés aux membres abdominaux ; le pouls était normal, le sommeil paisible, le moral dans des conditions excellentes ; et une alimentation légère commençait à relever les forces abattues par la souffrance, l'inquiétude, la diète et les émissions sanguines.

A la fin du second mois, la promenade était permise et supportée ; le blessé se soutenant par des béquilles, marchait avec assez d'aisance, montait et descendait les degrés ; mais il éprouvait encore la sensation d'un fardeau considérable passant sur la partie postérieure et supérieure du bassin ; et la peau de la région externe des cuisses n'avait pas retrouvé la sensibilité.

Le 4 février 1846, trois mois et demi après l'accident, M. C... pût sortir de l'hôpital avec un congé de convalescence de deux mois.

En 1847, la guérison est devenue aussi complète que possible, car il ne reste plus de traces de la lésion, ni de ses conséquences. Les pubis sont dans un état de contact immédiat normal, et leurs moyens d'union sont parfaitement consolidés. Il en est de même du plancher du périnée et de l'anneau inguinal gauche ; car, ni la station droite où assise, ni les exercices, ou les efforts d'aucune sorte ne font reparaître le moindre vestige des deux entéroçèles volumineuses, dont ces régions étaient le siège.

Les mouvements des membres abdominaux sont, au dire du blessé, aussi libres et aussi vigoureux qu'avant l'accident ; et la diminution de la sensibilité cutanée des régions lombaires et crurales externes, due probablement au tiraillement de quelques branches du plexus lombo-sacré, a presque entièrement disparu. — Enfin, la santé de M. C... ne laisse rien à désirer ; et il a pu, depuis plusieurs mois, reprendre son service actif, à la tête de son régiment. (*Académie de médecine de Paris* ; 17 août 1847 ; Rapport de Blandin, Forestier et Bégin, rapporteur ; *Bulletin*, tome XII, pp. 960 à 966).

État local de la région du pubis. — Chez le militaire observé par Murville, il y avait donc un écartement de la symphyse pubienne capable de recevoir la main ; et comme la peau seule recouvrait l'intervalle, on put s'assurer que presque tout le fibro-cartilage intermédiaire était resté adhérent au pubis droit. Il y avait en ce point une vive douleur. (II, 776.)

Dans la relation précisée par Murville lui-même, « les deux pubis étaient écartés, l'un de l'autre, d'environ 5 à 6 centimètres ; mais ils n'avaient pas cessé pour cela d'être placés sur le même niveau, soit relativement au plan antérieur, soit en les comparant au plan supérieur. Il en était de même des épines iliaques antérieures, des deux crêtes des os coxaux. Ainsi, pas le moindre chevauchement entre ces pièces osseuses ; tout consistait dans un écartement considérable des deux pubis ». (p. 304.)

Le symptôme *disjonction* est le seul symptôme local signalé dans la plupart des observations. Un autre symptôme, plus étrange et plus déconcertant, s'est imposé à l'attention d'Enaux, Hoin et Chaus sier (v. p. 83) et aussi à celle de MM. Guermonprez et Cl. Éloy ; c'est le symptôme opposé : le *chevauchement*. — C'est là que se juge le contraste des deux formes du traumatisme articulaire dans une seule et même articulation, la symphyse pubienne ; la seconde forme est une *luxation véritable* ; la première est une *disjonction réelle*. Par ailleurs, après la réduction de la luxation, c'est encore le symptôme *disjonction* qui subsiste. Il est même plus qu'un symptôme ; il a l'importance de l'essence même de l'état morbide, parce qu'il peut s'établir en permanence et devenir ainsi une infirmité proprement dite.

Il est complété par l'ecchymose du périnée et par celle du scrotum, avec la particularité d'une apparition presque tardive.

On l'a remarqué plus haut, la disjonction du pubis a été plus d'une fois méconnue. Il en fut de même auprès du peintre, dont nous avons relaté l'observation. Les constatations primitives des blessures avaient été toutes différentes, lorsque M. le docteur Cl. Éloy eut constaté la disjonction avec luxation du pubis. Pour écarter toute hésitation, M. Guermonprez fit l'exploration plus complète de la disjonction. Après les investigations de la région elle-même, il rechercha les limites de la mobilité anormale.

Et c'est ainsi que la certitude devint évidente : la

mobilité anormale fut constatée par les mouvements communiqués à la hanche, surtout au moment de les achever. Le chevauchement est dès lors facile à voir et à palper ; il se fait d'arrière en avant, en même temps que de bas en haut.

Symptômes des voies urinaires. — Les troubles des voies urinaires peuvent avoir leur siège, dans les portions profondes de l'urèthre, dans le col de la vessie, et surtout dans la paroi antérieure du réservoir urinaire. — Ce sont des symptômes de la disjonction ou de la luxation du pubis, lorsqu'il s'agit de troubles de peu d'importance. Ce sont de vraies complications, lorsque leur gravité conduit à la mort, ou bien, à une véritable infirmité.

Certains faits peuvent trouver leur place aussi facilement dans l'une que dans l'autre catégorie ; tel celui de sir Astley Cooper. (*Fractures and dislocations*, p. 144, de l'édition américaine.)

» Richard White, âgé de 22 ans, entre à Guy's Hôpital le 30 juillet 1832 ; il a été blessé par la chute d'une grande masse de sable, qui lui est tombée sur le dos pendant qu'il était courbé vers le sol. Renversé par le choc, il a eu des difficultés considérables pour se relever ; et, en essayant de marcher, il a éprouvé, dans la région de la vessie, une douleur violente, se propageant dans la direction des urètres et des reins. Interrogé, il déclare que l'urine, rendue par lui, était sanguinolente, et que la miction était difficile.

» En l'examinant, on trouve, au niveau de la symphyse du pubis, une fissure déterminant un

écartement d'environ deux travers de doigt. A la pression faite sur un point quelconque de l'ilion, le blessé accuse une augmentation de la douleur au niveau de la région pubienne et un engourdissement de la cuisse gauche.

» On introduit immédiatement une sonde, qui donne issue à de l'urine claire et normale. On applique ensuite des sangsues sur le pubis; et on entoure le bassin d'une large ceinture solidement bouclée et assez serrée pour ramener presque au contact les deux pubis. Recommandation est faite au blessé de demeurer dans le repos absolu. Le régime est léger. Les morsures de sangsues s'ulcérèrent; et il en résulta une fièvre légère, qui céda cependant sans difficulté au traitement ordinaire.

» Le blessé demeura à l'hôpital pendant trois mois, sans qu'aucun accident vint entraver sa guérison; les difficultés de la reprise d'une articulation amphiarthrodiale expliquent la longueur de ce séjour. Quand il partit, il restait encore un léger écartement des pubis; les deux membres inférieurs, les épines iliaques antérieures et supérieures n'étaient pas parfaitement symétriques, bien que la marche s'exécutât fort bien » (Cf. Hamilton).

L'auteur américain n'y insiste pas davantage; mais son traducteur français, G. Poinso, de Bordeaux, y revient à propos des vraies fractures des pubis, lesquelles déterminent, elles aussi, d'importantes lésions des voies urinaires. Il faut, dit-il, accueillir seulement à titre d'exceptions fort rares

les faits de guérison obtenue dans ces conditions, qui ont été publiées par Nélaton, Lenoir, West et Juddel (p. 426, 427).

« Le fait de Juddel est le plus démonstratif au point de vue de la curabilité des plaies de vessie, puisqu'on ne put trouver à l'autopsie, traces de la perforation vésicale constatée nettement après l'accident.

» Un homme de 35 ans fait une chute d'environ vingt mètres de haut et se fracture le bassin. Au bout de deux jours, il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Trois semaines plus tard, il se montre dans la région inguinale du côté droit, un abcès qui donne issue, après ouverture, à un mélange de pus et d'urine. Le doigt, introduit dans la plaie, reconnaît une fracture comminutive de la branche horizontale du pubis ; une esquille pointue a amené la perforation de la vessie. Une sonde est introduite dans la vessie et laissée à demeure. Dans l'espace d'un mois, la fistule urinaire est fermée. Trois mois environ après l'accident, le blessé pouvait se lever et marcher. Mais, quelques mois plus tard, il mourait d'érysipèles successifs. A l'autopsie, on trouva une fracture verticale, consolidée, de la moitié droite du sacrum, une fracture comminutive de la branche descendante et une fracture simple de la branche horizontale du pubis droit. La vessie était saine ; on ne put retrouver trace de la perforation. » (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie* ; octobre 1874 ; bd IV, heft 5 und 6).

Une femme entra dans le service de Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis de Paris, pour une fracture du pubis, déterminée par le passage d'une roue de voiture ; un fragment avait perforé à la fois la vessie et le vagin et fut retiré par ce dernier canal. Malgré l'infiltration d'urine et la suppuration, qui en fut la suite, Nélaton parvint à sauver la malade.

Quelques années plus tard, Lenoir reçut, à l'hôpital de la Pitié de cette même ville de Paris, une femme qui souffrait d'un calcul dans la vessie. Elle avait le même âge que la malade de Nélaton ; elle racontait qu'elle avait été traitée, à Saint-Louis, pour une fracture du pubis ; et Lenoir, ayant extrait le calcul par l'urèthre, trouva, au centre, un fragment osseux qui lui avait servi de noyau. Malgaigne pose la question de savoir si c'est la malade de Nélaton, ou bien une autre. La première supposition lui paraît la plus probable, parce que les cas de fracture, et surtout de guérison de ce genre, « ne sont pas si communs. » (Paris, 1847, *fractures*, p. 647.)

J.-F. West eut également à opérer d'un calcul de vessie un homme de 28 ans, qui, quatre ans auparavant, s'était fracturé le pubis gauche. A la suite s'était déclarée une rétention d'urine, qui nécessita la mise à demeure d'une sonde ; et, pendant une semaine, l'urine avait contenu du sang. Le malade, qui ne put se remettre de l'opération, présentait, en même temps, à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, une poche urineuse assez volumineuse, en communication avec la vessie et tapissée

par une véritable membrane kystique. West ne met pas en doute la blessure de la vessie par une esquille et son influence sur le développement du calcul : il ne dit pas cependant que ce dernier eut un noyau osseux. (*Birmingham medical review*, oct. 1877, n° 24. Cf. Poinso, in Hamilton, p. 426.) Chez notre peintre les symptômes du côté des voies urinaires se sont bornés à une rétention temporaire, suivie d'une uréthrite catharrale subaiguë.

Symptômes du côté postérieur du bassin. — Le militaire observé par Murville avait une douleur vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette douleur augmentait par les mouvements du membre correspondant, au point que la flexion de la cuisse donnait au blessé comme une sensation de déchirure vers le sacrum. L'observation ajoute, qu'après l'appareil placé, le sujet ressentit dans la symphyse sacro-iliaque droite une douleur même plus vive que dans la gauche, mais qui ne dura pas 48 heures. (II, 776.) Malgaigne, en relevant ces détails, prouve combien il y attache d'importance. Dans notre observation, on l'a remarqué, il y a eu la tuméfaction et la sensibilité exagérée tout d'abord ; plus tard, il y a eu l'ecchymose secondaire ; enfin l'atrophie musculaire en a été le signe éloigné.

Complications herniaires. — Au moment de l'accident, écrit Murville, le colonel C... fut visité, dans le poste le plus voisin du terrain de manœuvres, par M. Maupin, chirurgien-major du 55^e régiment

de ligne, lequel rend compte du résultat de son examen de la manière suivante : « Le malade est couché sur le dos, la tête médiocrement soulevée à l'aide de havre-sacs. Tout d'abord ses craintes s'étaient arrêtées à l'idée d'une hernie. Nous trouvons, en effet, auprès du testicule gauche, une tumeur à peu près ovoïde, à direction quelque peu oblique en dedans. La grosse extrémité répond à la partie moyenne du scrotum. Son pédicule, sensiblement plus étalé qu'il ne l'est d'habitude, est comme aplati au point correspondant à l'anneau inguinal externe, lisse, rénitant; la tumeur est d'ailleurs très sensible à la pression. Elle est, à n'en pas douter, constituée par une anse intestinale, distendue elle-même par des gaz. — Je veux réduire; mais à peine la cuisse est-elle, avec tous les ménagements possibles, légèrement fléchie sur le bassin, que le malade accuse comme une sensation de déchirure vers le sacrum. Sans m'arrêter néanmoins à un incident, dont je n'avais pu pressentir encore, ni la cause, ni la valeur, je complète une opération, qui se fait, comme à l'insu du malade, uniquement occupé alors de ses reins et de son périnée.

» Mes recherches se portent aussitôt de ce côté. J'étais à genoux, au côté gauche du colonel; la cuisse correspondante venait, à la satisfaction extrême du malade, d'être replacée dans la situation horizontale. Afin de faciliter mes investigations, j'essaie d'écarter les cuisses; la douleur du périnée et celle des reins redoublent; force est donc de me contenter de soulever le scrotum de la main droite et de glisser la

gauche sur le point douloureux. — La partie supérieure de cette région est occupée par une tumeur globuleuse, placée plus particulièrement à gauche ; elle soulève le côté correspondant du scrotum, avec lequel elle ne paraît avoir que des rapports de voisinage. Son volume est tel, que, sa partie la plus extérieure appuyant sur le creux de la main, les doigts allongés sur son corps ont peine à atteindre son point d'émergence ; celui-ci toutefois paraît assez nettement circonscrit par la branche ascendante de l'ischion gauche, par le centre du plancher périnéal, dont la partie supérieure est déchirée, enfin par le raphé et par le sommet de l'arcade pubienne. — Dans la circonstance, difficile à plus d'un titre, où je me trouvais placé, le palper, des plus douloureux d'ailleurs, de cette masse, m'a clairement donné la sensation d'une tumeur principalement formée par des anses intestinales, enveloppées elles-mêmes d'un produit facilement déplaçable, qui me parut être un fluide.

» Les téguments seuls séparaient mes doigts d'avec les parties contenues dans la hernie. J'embrasse donc celle-ci de mon mieux, passablement incertain, je ne crains pas de l'avouer, sur la route à suivre pour la rendre au bassin. Néanmoins, après quelques tâtonnements, et dans un mouvement de pression oblique en haut et en arrière, la tumeur rentre en masse et comme d'elle-même ; mais elle reparait non moins brusquement aussitôt que les doigts abandonnent l'ouverture herniaire. — Pour s'assurer

si le périnée est complètement libre, dans une deuxième tentative de réduction, bien moins incertaine cette fois, les doigts, rapprochés les uns des autres, au fur à mesure de la rentrée des parties herniées, suivent celles-ci assez avant dans le petit bassin pour que, sans gêne aucune, l'extrémité arrondie de la main soit reçue toute entière dans l'ouverture herniaire. — Je veux m'assurer alors de l'état des parties osseuses voisines; et, cotoyant de bas en haut l'ischion ascendant gauche, je cherche à l'ébranler en même temps avec le pouce et l'index. Non seulement il fait corps avec l'iléum; mais encore, arrivé au point qui correspond au sommet de l'arcade pubienne, mes doigts s'engagent d'eux-mêmes, et à mon grand étonnement, entre les deux pubis. — Je porte aussitôt la main droite sur la branche transverse du pubis gauche; et, procédant de dehors en dedans, je trouve à la place de la symphyse un hiatus, dans lequel ma main est reçue et s'interpose, avec la plus grande facilité entre les pubis. Embrassant enfin l'ischion ascendant gauche avec les phalangettes de la main gauche réunies parallèlement, et recourbées en forme de crochet, je marche de bas en haut jusqu'à l'épine du pubis, sans rencontrer le moindre obstacle. Au-devant comme au-dessus du pubis, il n'existe point de parties herniées. Les téguments seuls recouvrent l'intervalle articulaire.

» Enfin la rupture s'est opérée d'une façon telle, que la presque totalité de la substance fibro-cartila-

gineuse d'interposition est restée adhérente au pubis droit. L'écartement aurait donc pour limites : à droite cette substance, et à gauche l'os iliaque réduit à lui-même ou à peu près. Warmé, chirurgien-major au 50^e, arrivé auprès du blessé, au moment où je commençais mes explorations, a pu, comme moi, toucher du doigt les particularités que je viens de signaler. La valeur de son témoignage est égale à son mérite et à sa loyauté. » (Murville, de Lille. *Mémoires de l'Académie nationale de médecine* ; Paris, 1849, in-4^e, XIV, 286-288).

Au moment de l'arrivée du colonel à l'hôpital militaire de Lille « l'écartement des deux pubis est encore très prononcé ; les deux hernies, inguinales et périnéales, se sont de nouveau reproduites ; la déchirure du plancher du périnée, qui a livré passage à la dernière de ces tumeurs, est tellement grande, que la main toute entière la traverse sans le moindre effort, pour arriver dans le petit bassin, comme elle le fait à travers la vulve, immédiatement après l'expulsion du fœtus. Quant à la hernie inguinale, elle paraît s'être formée directement d'arrière en avant, sans suivre, par conséquent, toute la longueur du canal inguinal. En pratiquant le taxis, les parties rentrent dans l'abdomen en suivant une direction antéro-postérieure ; et, la réduction opérée, les doigts indicateur et médius arrivent facilement, et en suivant la même direction, jusque derrière la paroi abdominale. » (Murville, p. 289).

Lorsqu'il subsiste un doute, on constate la mobilité anormale par les mouvements communiqués de la hanche, surtout au moment de les achever.

Lorsque la disjonction se fait avec luxation, on trouve le chevauchement d'arrière en avant, en même temps que de bas en haut.



CHAPITRE VII

PRONOSTIC

« S'il est un point de doctrine chirurgicale généralement accepté et confirmé par l'observation clinique récente, comme il avait été établi par nos prédécesseurs, c'est, affirme Bégin, celui qui concerne le pronostic, toujours excessivement grave, des fractures et des luxations du squelette du bassin, produites par des causes extérieures. (*Académie de médecine*, rapport, 17 août 1847, tome XII, page 960.)

» Les os de cette région sont, en effet, si solides, disposés de manière à se prêter un appui mutuel si efficace, articulés au moyen de surfaces si étendues et liées étroitement entre elles par des faisceaux fibreux si multipliés et si résistants, que leurs solutions traumatiques de continuité ou de contiguité n'ont presque jamais été observées qu'à la suite de

violences directes ou indirectes, tellement considérables, qu'elles avaient étendu leur action aux viscères pelviens ou abdominaux, aux centres nerveux, à l'économie tout entière, et déterminé par là des complications funestes.

» Aussi les faits très rares qui, contrairement aux prévisions de la théorie et aux enseignements de la pratique, constatent des résultats moins défavorables, à la suite de ces lésions, ont-ils été toujours accueillis avec intérêt et conservés dans les annales de la science comme des exemples utiles de cette vérité qu'il ne faut, presque en aucun cas, désespérer absolument des ressources infinies de la nature, secondée par les efforts bien dirigés de notre art. »

Le pronostic tire surtout sa gravité des complications, écrit Malgaigne. Nous préférons dire que la gravité du pronostic est dans l'une ou l'autre des lésions qui coexistent et qui sont en rapport avec l'importance du traumatisme, qui a fait l'accident. Le blessé de Cameron a succombé à une rupture de la vessie ; d'autres ont péri par shock traumatique ; celui de Murville a échappé.

Mais il ne faut pas déplacer la question du pronostic. Ce qui est, ou du moins peut devenir mortel, ce n'est pas la disjonction, ni la luxation du pubis ; c'est l'une des lésions qui coexistent.

Hamilton le donne à entendre, sans rien céler du nombre des cas de mort et de leur rapidité. Il rappelle que, parmi les quatre faits réunis par Malgaigne, il y a deux cas de mort. Il en ajoute deux autres, celui

de Lente et celui de Hall. Et il en rapproche cette considération (p. 423) : « Malgaigne a également rassemblé dix-sept cas de rupture de la symphyse survenue pendant l'accouchement : sur ce nombre, il n'y a eut que sept femmes qui survécurent. »

Le pronostic de la disjonction du pubis, ne s'en trouve pas moins indiqué par ce mot : « Sir Asley Cooper nous offre un exemple de fracture simple ou d'écartement traumatique de la symphyse, dont le sujet finit, longtemps après, par se remettre presque complètement. » (p. 422). Il aurait pu en dire autant du fait observé par Thomassin en 1785 à l'hôpital militaire de Neufbrisac.

Pour apprécier ce pronostic, il convient d'examiner successivement les accidents et les complications immédiats, puis les accidents tardifs.

Par elle-même la luxation ou mieux la disjonction pubienne n'est grave que par le *shock*, par l'inhibition qu'elle peut produire; le traumatisme énorme qu'elle nécessite peut amener une commotion cérébrale ou médullaire, et aussi des complications du côté du squelette, comme par exemple une fracture du crâne. Mais tous ces accidents, le *shock* excepté, se rapportent plutôt au trauma qu'à la disjonction elle-même. La gravité de la disjonction résulte surtout des lésions concomitantes des organes voisins.

Il est naturel de rapprocher ces accidents de ceux qui accompagnent souvent les fractures pubiennes. On sait d'ailleurs que les disjonctions s'accom-

pagnent souvent de fractures de cette région; et on peut dire que, si la vessie ou l'urèthre sont blessés, le pronostic immédiat sera évidemment très grave. Comme pour la fracture du pubis ou la rupture de la symphyse pubienne pendant l'accouchement, les principales complications sont la déchirure ou la contusion de l'urèthre ou de la vessie avec l'infiltration d'urine et l'empoisonnement ou la septicémie généralisée; l'arthrite traumatique suppurée; la phlébite du plexus de Santorini; la péritonite.

Notre malade a présenté comme complications immédiates une uréthrite, qui n'était certainement que traumatique, puisque, sa femme ayant accouché quelques jours après, nous n'avons constaté ni chez elle, ni chez son enfant, de signes de blennorrhagie (1). On signale aussi la rétention d'urine due à la paralysie temporaire de la vessie.

Pour apprécier le pronostic éloigné, il faut se rappeler que les cas de disjonction traumatique sans fracture sont très rares; nous nous appuyons donc sur les cas de symphyséotomie et sur ceux de rupture pendant l'accouchement.

Dans la symphyséotomie, le résultat fonctionnel est excellent. « Quant au pronostic éloigné, les opérées reprennent leurs occupations habituelles sans

(1) Cette réflexion, qui peut sembler puérile, cessera de l'être lorsque l'on saura que, malgré l'état de sa femme et le sien, le blessé était néanmoins assidu dans ses devoirs conjugaux, contrairement à nos objurgations.

que l'on constate une plus grande mobilité des deux os iliaques l'un sur l'autre que chez les autres femmes. » (Ribemont Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*.) Parmi les opérées de M. le professeur Pinard, une seule a présenté une incontinence diurne d'urine, qui a rapidement cédé à l'emploi de l'électricité; quelques-unes des femmes symphyséotomisées sont redevenues enceintes et n'ont présenté pendant leur nouvelle grossesse aucune particularité au point de vue de la statique ou de la marche. (*Loco citato*.)

M. Albarran pratiqua, en septembre 1892, une symphyséotomie chez l'homme pour l'extirpation d'une tumeur de l'uretère gauche. Quatre mois plus tard l'opéré, âgé de trente et un ans, se trouvait dans d'excellentes conditions d'état général; la marche était excellente.

Certes, si nous nous bornions à comparer la disjonction sans fracture à la symphyséotomie, nous pourrions porter un pronostic favorable. Mais, au lieu de l'œuvre d'un chirurgien expérimenté, il s'agit d'un grave traumatisme, intéressant simultanément l'articulation sacro-iliaque; il est donc plus juste de comparer la situation actuelle de l'homme blessé à celle d'une femme dont la symphyse s'est rompue pendant l'accouchement. Ici le pronostic a toujours été très grave. « La symphyse ne sera plus jamais ce qu'elle était avant. L'union se fait par une bandelette fibreuse comblant en arrière l'espace intersymphysien; il en résulte une dépression antérieure apprè-

ciable à la radiographie ainsi qu'au doigt. La femme n'est pas une infirme; elle marche; mais elle se fatigue: la diastase des articulations postérieures peut se produire ou simplement l'entorse des dites articulations. La malade de Cayla marchait trois mois après l'accident; mais elle n'aurait pu le faire sans sa ceinture. Ce n'est qu'au bout de quatre mois que l'accouchée d'Adam se promène dans sa chambre; celle de Demman au bout de cinq mois. Celle de Guyon reste six mois dans une boîte de son; celle de Fraisse un an; la guérison n'a peut-être jamais été absolument complète. (1)

Nous sommes d'autant plus perplexes, que notre blessé présente des signes de névrite et des troubles trophiques accusés. Recouvrera-t-il l'intégrité des fonctions de son membre inférieur gauche? Nous espérons du moins qu'il sera, dans un temps plus ou moins éloigné, capable de reprendre son métier et qu'il pourra se tenir debout et marcher, sinon comme un autre homme indemne, à tout le moins suffisamment pour n'être pas un infirme. On peut l'espérer, en relisant la relation commencée par Thomassin, le 29 novembre 1785, et résumée dans le mémoire de Murville (p. 279).

» Le nommé Pierre Jonglas, homme très grand et très vigoureux, sergent au régiment de Salm-Salm, infanterie allemande, fut apporté à l'hôpital militaire de Neufbrisac. Etant de patrouille sur le

(1) Rudaux. Thèse Paris. *Rupture de la symphyse pubienne pendant l'accouchement*. Tome XXXI. 1897-98.

rempart, cet homme, avait fait, la nuit précédente, une chute d'environ vingt pieds de haut. Il éprouvait au haut de la cuisse et au croupion une douleur très aiguë.

» L'extrémité sembla plus courte que l'autre ; et Thomassin crut, dès le premier moment, que la cuisse était luxée. C'est en voulant s'en assurer plus positivement, qu'il vit qu'on pouvait la fléchir sans aucune douleur, tandis que la plus légère extension était insupportable. Il s'informa alors du siège précis de la douleur ; et il reconnut qu'elle ne répondait pas l'articulation de la cuisse, mais à la jonction de l'os des îles avec le sacrum, à l'aîne et au pubis ; la symphyse sacro-iliaque était ouverte ; et l'os des îles obéissait sensiblement à la pression ; la symphyse pubienne avait une sensibilité marquée.

» A son arrivée à l'hôpital, quatorze ou quinze heures après la chute, le malade avait le ventre très tendu et douloureux ; il vomissait fréquemment ; les selles étaient supprimées ; les urines ne coulaient qu'en très petite quantité ; le poulx était dur et tendu ; la douleur de la cuisse et de la hanche était vive et permanente (1).

(1) Plusieurs saignées, pratiquées dans les premiers jours, des applications émollientes faites sur l'abdomen, des lavements, qui ne ressortaient qu'en partie sans rien entraîner, du petit lait édulcoré pour boisson, l'administration de quelques doux laxatifs ne purent diminuer l'agitation dont le malade était tourmenté, ni détendre le ventre ; ce ne fut que le sixième jour qu'il commença à s'ouvrir. La tension de cette cavité, quoique douloureuse, n'avait point un caractère décidé d'inflammation ; c'était plutôt une espèce de météorisme, effet nécessaire de l'atonie occasionnée par la forte commotion.

» Le malade se soulageait beaucoup en élevant les genoux avec les mains, de manière à fléchir un peu la jambe et la cuisse ; alors, le relâchement des muscles faisait cesser le tiraillement et permettait à l'os de se rapprocher de sa situation naturelle. — On fit élever les jarrets de ce blessé par des oreillers, afin de lui donner une attitude moins douloureuse. Il ne pouvait d'ailleurs être couché que sur le dos.

» Dès que le ventre fut détendu et moins sensible, on fit faire un bandage propre à rapprocher les os des îles du sacrum et à maintenir le bassin dans une stabilité favorable au recollement des os. — Le malade éprouva aussitôt un bien-être marqué ; il se trouva beaucoup plus ferme et plus assuré. Il osa même se donner quelques mouvements dans son lit. — Quelque temps après, il essaya de se tenir debout à l'aide de deux béquilles, et de s'appuyer sur ses jambes par degrés ; mais, ayant voulu porter en avant l'extrémité malade, il ressentit une douleur si vive à la hanche et au croupion, qu'il n'osa pas porter plus loin ce premier essai. Ce ne fut qu'après six semaines, à compter du jour de sa chute, qu'il put faire quelques pas ; et il est sorti de l'hôpital l'11 février 1786. Il boitait encore. On lui recommanda de conserver son bandage, et de le faire resserrer de temps en temps.

» Cet homme, s'étant peu ménagé, ne tarda pas à éprouver de la douleur ; la mobilité de l'os augmenta dès qu'il eut quitté son bandage ; et la difficulté fut

si grande, qu'il revint à l'hôpital un mois après en être sorti. — Rester couché ou se tenir debout mais sans marcher, étaient les deux seules positions qu'il pouvait garder sans souffrir. Au moindre mouvement, il distinguait lui-même la mobilité des pièces du bassin et leur frottement les unes contre les autres. Il ne pouvait s'asseoir que sur un siège percé, dans lequel les os ischiens ne s'enfonçaient pas ; car le moindre appui sur leurs tubérosités était insupportable. — On lui fit construire un nouveau bandage qui affermit le bassin, de manière, qu'aussitôt après son application, le malade put marcher ; mais il fallait le serrer avec une certaine force, sans quoi il marchait avec peu d'assurance. — Au bout d'un mois, il ressortit de l'hôpital en assez bon état pour faire espérer que le temps et l'usage du bandage assureraient la guérison.

» Thomassin a revu depuis Jonglas faisant son service ; il osait même de temps en temps quitter son bandage. Cependant le bassin n'avait pas encore repris toute sa solidité.

» Il est probable, pour ne pas dire certain, ajoute Murville (de Lille) que si Jonglas avait été plus docile, s'il avait observé un repos plus absolu et plus prolongé, s'il était resté plus longtemps dans une situation horizontale, de manière à ne pas faire peser son corps sur les os luxés, la consolidation des articulations et de leurs moyens d'union se serait opérée plus rapidement et d'une manière plus complète » (p. 282).

Il est juste de confirmer cette appréciation, donnée par Murville. Le pronostic de la disjonction pubienne est rendu fâcheux par une impotence fonctionnelle plus ou moins durable des deux membres inférieurs. L'usage d'un bandage de contention doit être longtemps continué.

Murville s'explique (p. 306) « sur une question qui lui a été faite bien des fois, non seulement par des personnes étrangères à l'art de guérir, mais aussi par des médecins : savoir si le colonel pourrait encore se livrer à l'équitation. A cela Murville a répondu que le plus pressé était de l'empêcher de mourir ; mais que, s'il avait le bonheur de guérir, il ne voyait pas de raisons pour que, plus tard, il ne fût pas en état de se remettre à la tête de son régiment, et par conséquent de monter à cheval, en ayant l'attention de choisir un animal plus docile et moins vicieux ; en évitant enfin de se replacer dans les conditions exceptionnelles qui avaient amené le premier accident. — Aujourd'hui (dix-neuf mois après l'accident), ces prévisions semblent s'être réalisées de la manière la plus complète. En effet, 1° il est facile de reconnaître, à l'aide du plus simple examen, que les deux pubis sont dans un état de rapprochement exact, et leurs moyens d'union bien cicatrisés et entièrement consolidés ; 2° il en est de même du plancher du périnée et de l'anneau inguinal du côté gauche, puisque la position verticale, les secousses de toux, les efforts pour aller à la garde-

robe, de même que tous ceux qui tendent à pousser les viscères abdominaux vers ces deux points, ne laissent aucun doute sur la cure radicale des deux entérocéles, auxquelles ils avaient livré passage ; 3° que les articulations des membres abdominaux sont aussi libres qu'avant l'accident,... ; 4° enfin, que l'état général ne laisse rien à désirer et que toutes les fonctions s'exécutent avec une régularité parfaite. »

Le pronostic primitif est donc très grave, puisqu'il y a une mortalité élevée ; — le pronostic secondaire est rendu fâcheux par une impotence fonctionnelle plus ou moins durable des membres inférieurs ; — le pronostic définitif n'est pas toujours aussi sombre, puisqu'une vraie guérison est encore possible, même à cinquante-six ans.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Au XVIII^e siècle, on trouve bien peu de ressources thérapeutiques. « On sent que les saignées répétées, plus ou moins suivant la constitution du malade, le repos de la partie, les embrocations résolutives et un appareil qui contienne fermement les os, sont les secours qu'on peut donner pour prévenir les fâcheux symptômes de cet écartement. On remédie d'ailleurs aux désordres qui surviennent, suivant l'exigence du cas, sans perdre de vue l'objet principal. » (*Acad. royale de chirurgie* ; Paris, 1784 ; IV, 95, 96.)

Il faut cependant bien, pour la luxation du pubis, de même que pour toute autre, commencer par rechercher la réduction. — Sous cette réserve, il semble indiqué de ne pas négliger l'état général du blessé, témoin la relation de Murville, qui précise : « il n'y eut pas d'accidents locaux ; la réaction générale fut combattue avec énergie. » Le chirurgien

lillois s'en explique d'ailleurs dans la cinquième conclusion de son mémoire, (Paris, 1849 ; XIV, 317) : « Replacer les parties dans leur situation normale est, dans les luxations du bassin, comme dans toutes les autres, la première indication à remplir ; mais il est souvent d'une difficulté extrême d'y parvenir. Quelquefois même les efforts que nécessiterait la réduction aggraverait la position des malades, au point d'accélérer la mort, ainsi qu'il est arrivé dans le premier des deux cas cités par sir Astley Cooper. Les mêmes tentatives, plusieurs fois répétées sur le couvreur de Dijon, augmentèrent si cruellement les souffrances, qu'elles durent à la fin être complètement abandonnées ; et pourtant le blessé n'en guérit pas moins, et put reprendre son état. Ces observations ont fait dire à Boyer qu'en pareille occurrence, le plus important n'est pas de chercher à opérer la réduction, mais bien de combattre par tous les moyens possibles l'inflammation et ses conséquences. C'est aussi la conduite que l'on a dû tenir à l'égard de M. D. . . , tout en ayant l'attention de maintenir les parties en contact, et dans un rapport aussi exact que possible, pendant un temps suffisamment prolongé pour obtenir la consolidation parfaite des symphyses. — Ce traitement est le seul qui puisse prévenir les déplacements consécutifs et les guérisons imparfaites, dont le cas observé sur Jonglas présente un assez curieux exemple. »

La réduction n'offrit pas de difficulté dans le cas observé par Murville.

Il suffit de rapprocher les pubis à l'aide d'un bandage de corps fortement serré autour du bassin, secondé par une bande qui tenait les deux genoux réunis ; et les membres inférieurs furent maintenus fléchis sur un double plan incliné formé par des coussins. (Cf. Malgaigne, II, 776.)

Hamilton traite la question avec plus de réserve : « Si la fracture (du pubis, car Hamilton ne s'intéresse guère à la luxation, ni à la disjonction...) Si la fracture s'accompagnait de déplacement, il conviendrait d'essayer de réduire les fragments ; mais, à moins qu'il ne s'agit d'une *rupture de la symphyse* (c'est-à-dire d'une disjonction vraie), on ne pourrait espérer retirer de grands bénéfices de l'emploi d'un bandage ou de tout autre moyen destiné à maintenir les os en place. Il peut en général suffire de placer le malade sur le dos, dans le repos absolu, et avec les cuisses fléchies sur le tronc et de traiter le traumatisme comme un cas d'inflammation aiguë. » (p. 427.)

On peut s'étonner de l'espèce de déconvenue, qui consiste, et à ne pas réduire la luxation du pubis par des manœuvres chirurgicales, et à se trouver, quelques jours plus tard, en présence d'un fait accompli par une évolution en quelque sorte spontanée. On trouve une^e surprise de ce genre dans le mémoire de Murville (de Lille), malheureusement avec une indication bibliographique insuffisante pour se reporter au document original, lequel appartient à Enaux, Hoin et Chaussier. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849 ; in-4° ; XIV, 279).

Il s'agit d'un couvreur de Dijon, jeune homme très robuste, qui fit une chute de 40 pieds de hauteur. Conduit par les signes rationnels et à l'aide du toucher, on reconnut un déplacement de l'os innominé du côté gauche, tel que le pubis de ce côté s'élevait et dépassait le pubis droit de deux travers de doigt au moins. L'état inflammatoire ne permit pas de faire la réduction. Après quelques jours employés à des applications émollientes et à un régime antiphlogistique, on tenta de replacer l'os iliaque, à plusieurs reprises, mais inutilement : l'intensité des douleurs obligea d'y renoncer. Et, chose remarquable, elle s'opéra en partie d'elle-même, lorsque le malade voulut marcher, ce qui prouve, d'après Boyer, qu'il faut moins s'occuper de la luxation elle-même, que de prévenir et de combattre l'inflammation. » La réflexion de Boyer peut être tenue pour une concession à l'opinion médicale de son temps. Le fait, qui subsiste, c'est la spontanéité de la réduction après l'insuccès des manœuvres chirurgicales.

Murville envisage en ces termes (p. 289) les indications à remplir : — « 1° réduire les hernies et les maintenir réduites ; — 2° rapprocher les os pubis et les contenir d'une manière méthodique et énergique ; — 3° prévenir l'inflammation et la combattre au besoin, afin d'empêcher la formation des abcès dans le tissu cellulaire pelvien, et leurs conséquences, etc.

» Nous nous efforçons, ajoute le même chirurgien, de satisfaire à toutes ces exigences, — 1° en couchant

le blessé de manière que le bassin soit plus élevé que le reste du tronc, afin de contrebalancer la tendance extrême que les viscères ont à sortir de nouveau de leur cavité; les jambes sont maintenues fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin à l'aide de plusieurs coussins formant un double plan incliné; — 2° en réduisant les deux hernies, ce qui se fait avec la plus grande facilité, et pour ainsi dire par le seul fait de la position ci-dessus décrite; — 3° en plaçant autour du bassin, dont les deux pubis ont été exactement rapprochés, un bandage de corps très solide, fortement serré, et dont l'un des sous-cuisses presse sur une longue pelote exactement appliquée sur les endroits, qu'occupaient les tumeurs périnéale et inguinale et les contient ainsi parfaitement réduites; — 4° en maintenant les deux genoux rapprochés à l'aide de quelques tours de bande; — 5° en entretenant d'une manière permanente la réfrigération sur les parties lésées, ce qui s'exécute au moyen de morceaux de glace tenus sur la région sus-pubienne; en prescrivant une saignée, qui ne sera pratiquée qu'au moment de la réaction, diète, infusé de tilleul; le repos le plus absolu. » (p. 290.)

Le 23 octobre (cinquième jour), « le blessé n'ayant pas encore eu de selle, et se plaignant de l'odeur occasionnée par l'humidité de l'appareil, on enlève le tout en faisant maintenir les membres inférieurs et comprimer les points correspondant aux hernies, de manière qu'aucun déplacement ne puisse avoir lieu dans les parties tenues en rapport depuis quatre

jours. — On profite de ce moment pour faire administrer un lavement huileux, qui est rendu quelques instants après, ne donnant lieu qu'à une selle très peu abondante. (On remarque du côté gauche du périnée et sur la fesse du même côté, au point correspondant à l'endroit où était la tumeur à l'instant de l'accident, une ecchymose comme au scrotum). — Un appareil en tout semblable à celui que l'on vient d'enlever est réappliqué aussitôt après l'expulsion du lavement. Le blessé est ensuite changé de linge et de lit, puis replacé dans la position adoptée d'abord. » (p. 292).

« Le 24....., les applications froides sont remplacées par des fomentations émollientes sur l'abdomen, tout en continuant l'usage du bandage contentif. » (p. 293).

Ce n'est que le vingt-unième jour, qu'on « diminue le plan incliné, afin d'arriver progressivement à faire étendre les jambes du blessé » (p. 297). On le supprime le vingt-sixième jour (p. 290).

« Depuis l'entrée du colonel à l'hôpital, les moyens contentifs placés autour du bassin ont constamment été maintenus. Toutefois ils sont moins serrés au bout d'un mois; et, malgré les mouvements (bornés, il est vrai), que le malade exécuta dans son lit, il n'en éprouve pas plus de douleur » (p. 300).

Il faut cependant ne pas le perdre de vue : la réduction et les bandages ne sont que les premières ressources du traitement: ce n'en est que le commen-

cement; et on n'en perdrait les bénéfices, si on n'y ajoutait les soins consécutifs, si même on ne les soutenait avec la persévérance, que comporte un traitement de longue durée.

Les soins consécutifs paraissent avoir été bien simples dans le cas de Murville : un bandage de corps autour du bassin ; l'attitude en demi-flexion des membres inférieurs, soutenus par des coussins disposés en un double plan incliné ; et c'est tout.

Au trentième jour, le blessé était en état de prendre un bain. Avant que le trente-deuxième fût achevé, il pouvait déjà faire quelques pas. Au bout de trois mois et demi, il était guéri, portant, seulement par précaution une ceinture pour assurer les os du bassin. (Cf. Malgaigne ; II, 777.)

Le traitement ne diffère pas profondément pour la fracture et pour la luxation ou la disjonction du pubis.

A Guy's hospital de Londres, la pratique adoptée se recommande, écrit Hamilton, à la fois par sa simplicité et par ses résultats heureux. « Un traitement antiphlogistique énergique, le repos dans le décubitus dorsal, l'emploi de la sonde, quand il est nécessaire, et, dans certains cas, l'application d'une large ceinture, ou d'un bandage de corps autour du bassin : telles sont les mesures, qui paraissent répondre à toutes les indications importantes. » (p. 427.)

Cependant, G. Poinsoy prend soin de l'observer : « en France, les chirurgiens se servent avec de

sérieux avantages, dans les fractures du pubis, comme dans celles des autres os du bassin, d'une gouttière* de Bonnet. Muni de cordes destinées à venir s'attacher sur le crochet d'une mouffle fixée au plafond, cet appareil permet de soulever le blessé, pour aider à la satisfaction de ses besoins naturels, sans qu'aucun mouvement puisse se faire dans le foyer du traumatisme et sans que le blessé éprouve par suite, aucune douleur. »

Dans notre observation, M. Guermonprez n'a pas eu recours à cette ressource ; elle n'est donc pas indispensable. Il y a plus : le blessé souffrait d'une immobilité trop prolongée ; il éprouvait une sorte de besoin de mouvement ; il sollicitait la mobilisation des membres inférieurs, alors qu'ils étaient entravés par leur impuissance totale. Il se sentait soulagé par le relèvement des genoux, surtout lorsqu'on y ajoutait un peu d'abduction des cuisses. — Murville signale, lui aussi, des particularités de même sorte. Dès le lendemain de l'accident, « son malade accuse une douleur très vive dans l'articulation sacro-iliaque droite, douleur qui se calme au moyen d'un changement dans la position, qu'il occupe dans le lit, et qui avait été rendue un peu oblique dans la journée... » (p. 291) ; et quelques jours plus tard, le blessé est soulagé après l'administration d'un lavement « malgré les mouvements provoqués par cette opération » ; (p. 294), puis « le blessé se plaint d'inquiétudes dans les jambes » (p. 295), c'est-à-dire d'un instinctif besoin de les mouvoir. Quelques jours plus tard, il

« accuse de la fatigue dans les genoux, ce qu'il attribue à la position dans laquelle il est maintenu depuis quinze jours...; le sommeil est même troublé par cette raideur des genoux. » (p. 295).

Plus tard encore il en résulte une véritable indication thérapeutique. « Le 3 novembre, les douleurs des genoux sont plus vives et le blessé déclare qu'avant son accident il éprouvait dans ces articulations des craquements douloureux chaque fois que, pendant le sommeil, il conservait trop longtemps la même position. Le 4, le blessé souffre beaucoup des genoux. Le 5, (18^e jour), on fait faire quelques mouvements de flexion et d'extension des jambes sur les cuisses pour combattre la roideur des articulations fémoro-tibiales. Le soir, le blessé n'accuse aucune douleur ; il passe une nuit assez bonne, bien que le sommeil ait été troublé par des inquiétudes dans les jambes. » (p. 296). La suite de l'observation est encore intéressante, malgré son apparente monotonie, et à cause de la rigoureuse probité du récit. La roideur des genoux persiste ; on renouvelle les mobilisations ; le blessé n'en souffre pas ; le lendemain il est soulagé. « (p. 297). A partir du 25^e jour, « les mouvements de flexion et d'extension des jambes sur les cuisses sont répétés tous les jours pour empêcher la roideur des articulations fémoro-tibiales » (p. 298), qui, « seules, font encore souffrir le blessé. » (p. 299).

Le trente-deuxième jour, « le blessé désirant un bain, il le prend et y reste pendant cinquante minu-

tes, avec un bien-être remarquable. » Dès le lendemain, il, « imprime lui-même quelques mouvements à ses jambès ; la nuit suivante est bonne. » (p. 299). Dix jours plus tard, il s'assied sur le bord de son lit.

Deux mois environ après le traumatisme, il commence à porter une ceinture, afin de maintenir solidement les os du bassin et les points par où se sont formées les hernies.

Ainsi que l'observe Hamilton, « si l'urine s'est infiltrée au-dessus de l'aponévrose pelvienne, il ne faut pas perdre de temps pour débrider largement le périnée et prolonger, au besoin, l'incision jusqu'à la vessie ou l'urèthre. » (p. 427).

L'historien de l'Académie royale de chirurgie recherche « les moyens de remédier aux effets d'une disruption violente des os (du bassin), et d'en raffermir l'union, lorsqu'ils ne recouvrent pas naturellement la connexion solide, qui fait l'appui et le soutien de tout le corps. — Une observation de Daniel Ludovic, premier médecin du prince de Saxe-Gotha, sert à confirmer celle de Verdier et à montrer l'état de l'infirmité, à laquelle il s'agit de trouver des moyens curatifs.

« Une femme fit son premier enfant dans un âge mûr ; l'accouchement fut pénible ; les os pubis s'écartèrent et restèrent séparés ; en sorte que cette femme ne pouvoit ni monter, ni descendre un escalier en portant alternativement un pied d'une marche sur l'autre. Il faut, après qu'elle a posé un pied,

qu'elle tire l'autre ensuite pour le poser à côté du premier ; et, dans ces mouvements, on sent les extrémités des os pubis qui vacillent : on n'a cherché aucun moyen de remédier à cette mobilité contre nature. Ce fait est décrit dans les *Éphémérides des Curieux de la nature* en 1672 : *de dislocatione ossium pubis in partu*. (Cf. p. 85.)

» Smellie (de Londres) commence le second volume de ses observations sur les accouchements par des exemples sur la séparation des os du bassin. — Une femme de 35 ans, en travail de son premier enfant, sentit une douleur violente du côté gauche, à la jonction des os des iles avec l'os sacrum. Dans le temps des plus fortes douleurs, il lui sembloit que ces os étoient violemment écartés l'un de l'autre : une sage-femme termina l'accouchement qui fut long, quoique naturel. La douleur subsista ; et, de tous les maux dont la malade se plaignoit, ce fut celui qui la tourmenta le plus. Smellie, appelé le cinquième jour, trouva le poulx dur et fréquent ; la malade avoit la peau sèche et brûlante ; les lochies étoient arrêtées ; la respiration n'étoit pas libre et il y avait dureté et tuméfaction à l'une des mamelles ; mais par dessus tout, la douleur du bassin, à l'endroit cité, empêchoit la malade de prendre aucun repos. Une saignée du bras et un lavement émollient parurent la soulager : on appliqua sur les hanches des étoupes chaudes ; une boisson délayante et copieuse fit suer la malade ; les lochies reprirent leur cours ; la tumeur du sein diminua. Pour remédier à la douleur permanente du

bassin, on fit sur la partie une embrocation avec le baume tranquille, et la malade prit un bol narcotique ; on le réitérait chaque soir et quelquefois même dans la journée. — Avec tous ces soins, on fut dix jours avant que de pouvoir tirer cette femme de son lit ; il s'en passa vingt avant qu'on pût la tenir sur une chaise. Pour peu qu'on vint à lui remuer la jambe droite, elle se plaignoit d'un sentiment aussi vif entre l'os sacrum et l'ilium de ce côté-là, que si on lui avoit déchiré ces parties ; et, en appliquant la main sur cet endroit, Smellie apercevoit un mouvement sensible dans ces os. La malade ne pouvoit encore, ni marcher, ni se tenir debout après un mois, à moins qu'elle ne fut soutenue à droite par-dessous l'aisselle. — Cette triste situation dura cinq à six mois : elle ne pouvoit marcher qu'avec une béquille, ou sans s'appuyer sur le bras de quelqu'un. On lui conseilla alors les bains froids, qui lui furent si salutaires, qu'elle put marcher ensuite, appuyée seulement sur une canne. — Cette femme a eu depuis plusieurs enfants, dont elle a accouché heureusement, mais le travail lui faisoit toujours sentir les douleurs dans la partie qui avoit souffert la séparation ; et elle n'a jamais repris sa première force, ni son ancienne fermeté. »

L'historien de l'Académie royale de chirurgie est d'avis que, « pendant toute la cure, on aurait pu tirer un grand avantage de l'application d'un bandage capable de fortifier la connexion des os, en les maintenant dans leur état naturel. » (p. 87.)

Tarnier en a fait une règle auprès des accouchées : « Dès qu'on s'aperçoit d'un relâchement dans les symphyses, il faut condamner les femmes au repos, maintenir le bassin dans l'immobilité à l'aide d'un bandage compressif. Une serviette, ou mieux une nappe, placée autour du bassin et très fortement serrée, peut suffire dans les cas les plus simples. » (*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, Paris, 1867).—Malheureusement, les bandages de toile ont l'inconvénient de se relâcher trop vite. Ceux de coutil sont encore d'une fidélité insuffisante. Les tissus caoutchoutés sont trop invariables : S'ils maintiennent efficacement, ils deviennent vite pénibles. S'ils maintiennent moins, ils ne sont qu'illusoirs.

Le baron Boyer a mieux fait en préconisant une ceinture de cuir, matelassée à l'intérieur, qui contourne le bassin, en passant entre le grand trochanter et la crête iliaque. On boucle la ceinture soi-même à la partie antérieure. Martin a perfectionné cette ceinture. M. Rainal en a fait une heureuse modification, sur les indications de Tarnier : tout en lui conservant la même efficacité, il a rendu la ceinture beaucoup plus légère ; et il a réservé la possibilité de modifier le degré de rapprochement des symphyses. Tout se résume en deux valves en cuir moulé, avec un cercle d'acier pour les relier entre elles. Une longue vis à pas rapide fournit le moyen d'en régler la compression. Dès que les pièces sont rapprochées, tout écartement devient

impossible. La vis régulatrice est placée par devant : on y donne soi-même quelques tours de clef, lorsqu'on éprouve le besoin d'augmenter la constriction pour favoriser la fermeté de l'allure dans la marche ; ou bien on fait l'opposé, pour reposer quelque susceptibilité du tégument.

En dehors du traitement de l'état général et aussi du traitement spécial de chacune des complications, on commencera par réduire la luxation du pubis, si elle existe. Si la réduction primitive est irréalisable, on donnera au blessé les indications nécessaires pour qu'il parvienne à effectuer lui-même la réduction secondaire.

Lorsqu'il ne reste plus que la disjonction du pubis, il faut faire usage d'un bandage de contention ; et en prolonger l'emploi aussi longtemps que le comportent les indications du cas particulier.

CONCLUSIONS

I. — La disjonction du pubis est déterminée le plus souvent par un traumatisme qui agit presque horizontalement, rarement par un traumatisme, dont l'action s'exerce dans un sens vertical.

II. — Elle coexiste avec l'entorse, sinon avec la disjonction de l'une ou des deux articulations sacro-coxales et aussi avec une ou plusieurs autres lésions traumatiques.

III. — La mobilité anormale est constatée par les mouvements de la hanche, surtout au moment de les achever. Le chevauchement, en cas de luxation, se fait d'arrière en avant, en même temps que de bas en haut.

IV. — Le pronostic est rendu fâcheux par une impotence fonctionnelle plus ou moins durable des membres inférieurs.

V. — La réduction primitive de la luxation est parfois irréalisable. Il y a lieu de donner éventuellement au blessé les indications nécessaires pour qu'il parvienne à effectuer lui-même la réduction secondaire.

VI. — L'usage d'un bandage de contention doit être longtemps prolongé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, Paris 1784.
Histoire de l'Académie de Chirurgie, t. III, 1791.
CAMERON. — *Philosophical transactions*, 1747, n° 484.
MARTIN. — *Journal de Médecine*, 1764, t. XXIII, p. 83.
Hall Provincial medical and surgical Journal, 1th mai, 1884.
American Journal of medical science, vol. XXXIV, p. 248.
SIR ASTLEY COOPER. — *Fractures and dislocations*, p. 144,
— édition américaine.
LENTE. — *New-York Medical Journal*, 2th ser., vol. IV, p. 28.
MARTIN et A. ROUX. — *Journal de médecine, chirurgie et*
— *pharmacie*, juillet 1765, t. XXIII, p. 28.
PINEAU. — 1759.
PHILIPPE (de Chartres). — 1763, p. 94.
Deutsche zaitschrift Chirurgie, october 1874, bd IV, heft 5,
— und 6.
MALGAIGNE. — *Traité des fractures et des luxations*, Paris,
— 1847, t. I, et 1855, t. II, p. 774.
MURVILLE. — *Mémoires de l'Académie de médecine de Paris*,
— t. XIV, p. 255.
HAMILTON. — *Traité des fractures et des luxations*, trad. de
— la 6^e édition, par Poinsot, Paris 1884, p. 422.
SAPPEY. — *Traité d'anatomie*.
TILLAUX. — *Anatomie topographique*.
TILLAUX. — *Clinique chirurgicale*, t. II.

FARABEUF. — *Traité de médecine opératoire.*

RECLUS. — *Grand traité de chirurgie du bassin*, t. VII, Walter.

PINARD. — *Ann. de gynécol. et d'obslétr.*, Paris, 1898.

LEPAGE. — *Ann. de gynécol. et d'obslétr.*, Paris, 1898.

RIBEMOND-DESAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique.*

VARNIER. — *Rapport sur la symphyséotomie*, au Congrès de
— Moscou.

BELLOY. — *Symphyséotomie. Résultats immédiats et éloignés*,
— th. Paris, 1898.

GALLET-DUPLESSIS. — *De la symphyséotomie chez l'homme*,
— th. Paris, 1893.

RUDAUX. — *Rupture de la symphyse pubienne au cours de*
— *l'accouchement*, thèse Paris, 1898.

VU :

Le Président de la thèse,

PAUL BERGER

VU :

Le Doyen de la Faculté,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

A Paris, le 30 Juin 1900.

Le Vice-Recteur de l'Académie,

GRÉARD.

